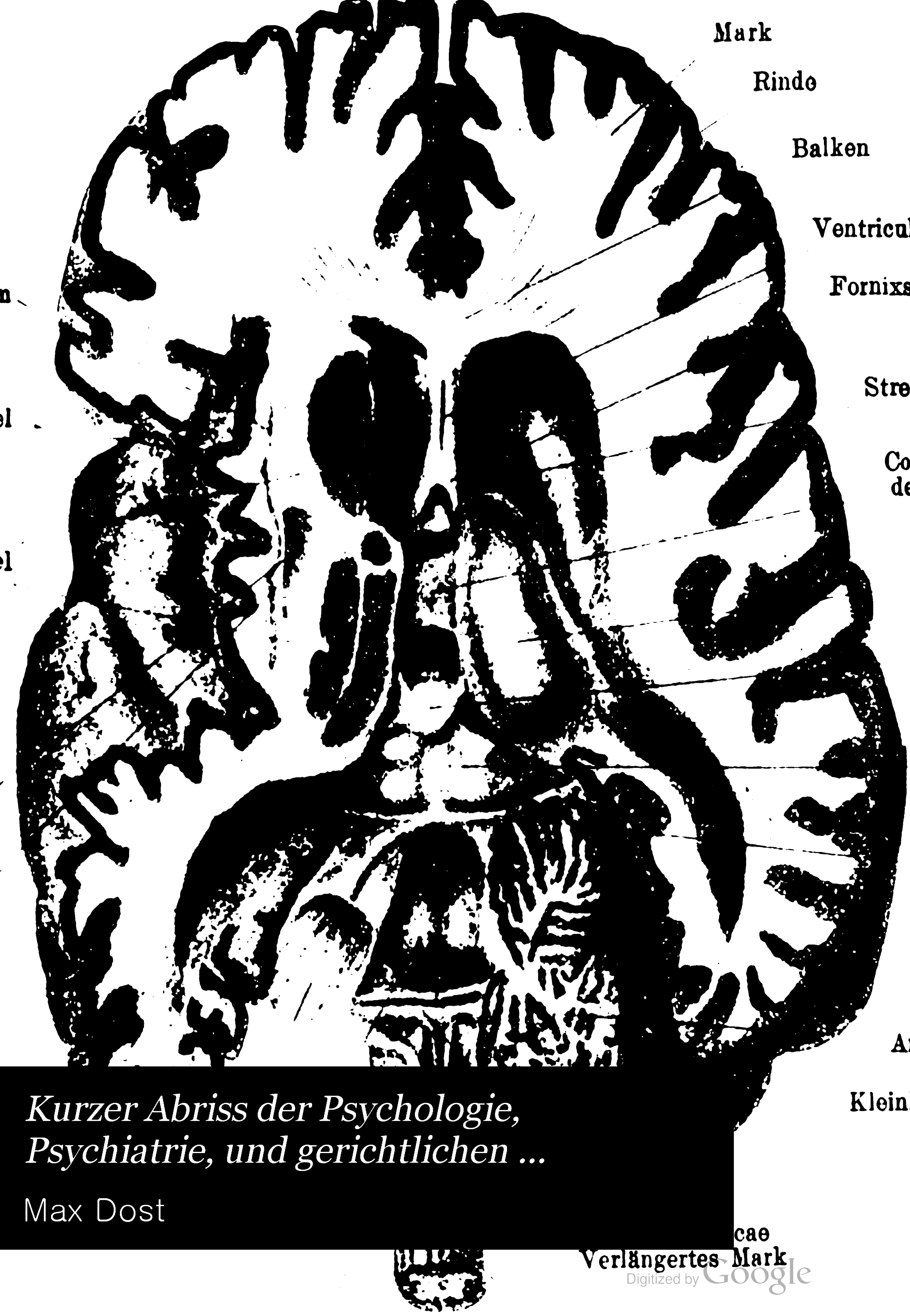


Kurzer Abriss der Psychologie, Psychiatrie, und gerichtlichen ...

Max Dost

Kurzer Abriss

der

Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie

nebst einer ausführlichen Zusammenstellung
der gebräuchlichsten Methoden der Intelligenz- und
Kenntnisprüfung

Für Juristen und Mediziner, besonders jüngere Psychiater

Von Anstaltsarzt **Dr. Max Dost**
Hubertusburg

Mit 1 Tafel und 21 Abbildungen im Text

LEIPZIG
VERLAG VON F. C. W. VOGEL
1908

Inhaltsangabe.

Einleitung.

Im Einklang mit den modernen Bestrebungen einer Anzahl von Vertretern der Jurisprudenz und Medizin, Fragen, in denen sich beide Teile im praktischen Leben berühren, gemeinsam zu besprechen, gegenseitiges Verständnis für den Standpunkt des anderen zu erstreben und zum Nutzen der Allgemeinheit Hand in Hand zu arbeiten, versucht die nachfolgende kurze Arbeit, diejenigen Juristen, welche zum erstenmale beruflich mit Geisteskranken in Berührung kommen, in gedrängter Form über die Lehren der Psychologie, Psychiatrie, gerichtlichen Psychiatrie sowie die gebräuchlichsten Methoden der Intelligenz- und Kenntnisprüfung zu orientieren. Es ist anzunehmen, daß der Besitz dieser Kenntnisse es dem Juristen erleichtern wird zeitig psychische Krankheit zu erkennen und sachverständige Hilfe herbeizuziehen, ein möglichst exaktes Protokoll zu verfassen, sowie die Sachverständigengutachten entsprechend zu würdigen und mit ihrer Hilfe die nötige Entscheidung zu fällen. Verfasser befindet sich hierbei im Einklang mit Staatsanwalt Wulffen[71] [1]), der darauf hinweist, „daß der künftige Kriminalist vielleicht neben Physiologie und Psychologie noch Psychiatrie auf der Hochschule intensiv betreiben wird.“ Zugleich aber wendet sich Verfasser auch an die Mediziner, denen er eine kurze Übersicht ihres Arbeitsfeldes, eine gedrängte Zusammenfassung der Lehren der Autoren geben will. Allerdings ist er genötigt, um den Rahmen des Buches nicht zu überschreiten, anatomische und physiologische Fragen sowie Ätiologie und Therapie nur flüchtig zu berühren. Dagegen bringt er eine ausführlichere Zusammenstellung der in allen möglichen Zeitschriften verstreuten Publikationen über Intelligenz- und Kenntnisprüfungen. Nach alledem will die Arbeit nur in das große Gebiet einführen. Für weitergehende Bedürfnisse ist das angefügte Literaturverzeichnis bestimmt.

1) Die angeführten Zahlen beziehen sich auf das am Schlusse befindliche Literaturverzeichnis.

Anatomische und physiologische Vorbemerkungen.

Das Nervensystem setzt sich aus den Nerven- oder Ganglienzellen (Leib von rundlicher, ovaler oder pyramidenförmiger Gestalt mit eiweißhaltigem Protoplasma und festerem Kern), sowie den Fortsätzen derselben zusammen. Durch gewisse Färbemethoden erhalten wir genaueren Aufschluß über den feineren Bau der Zelle, z. B. werden durch Nißls Methylenblaumethode die später näher charakterisierten Nißlschollen dargestellt. (Fig. 1.) Die meisten Zellen besitzen

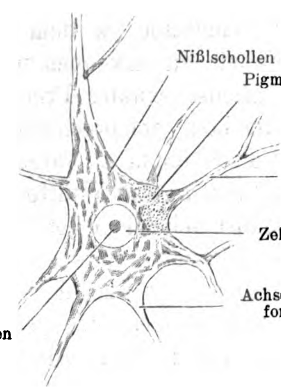


Fig. 1. Ganglienzelle nach Nißls Methylenblaufärbung.

eine Anzahl kürzerer, sich baumartig verästelnder Ausläufer (Dendriten) und den längeren, glatten Achsenzylinderfortsatz, welcher zur Nervenfaser wird. Letztere enthält den innen gelegenen Achsenzylinder, weiter nach außen die myelinhaltige Markscheide, welche bei den peripheren Nerven von der häutigen Schwannschen Scheide bedeckt wird. (Fig. 2.) Jede Nervenzelle bildet mit ihren Ausläufern eine selbständige Einheit, das Neuron, dessen wichtigster Teil die Zelle ist. Aus unzähligen derartigen Neuronen, welche sich nur berühren, nicht miteinander verwachsen, dachte man sich bisher unser Nervensystem zusammengesetzt. (Fig. 3.) Seit der Entdeckung der

neuerdings als leitende Elemente der nervösen Erregung geltenden Neurofibrillen, welche in der Form feinster Fasern die Zellen und ihre Fortsätze durchziehen, oft eine größere Anzahl von Neuronen ohne Unterbrechung durchlaufen, also deren Grenzen nicht einhalten, sich mit Fibrillen, welche aus anderen Neuronen kommen, außerhalb der Zellen zu einem feinen Geflecht, dem nervösen Grau Nißls verbinden und schließlich nach Ansicht verschiedener Autoren als Auerbachsche Endknöpfchen an das jede Ganglienzelle umgebende, als Schutz dienende gliöse Golginetz herantreten, wurde die Ganglienzelle ihrer bevorzugten Stel-

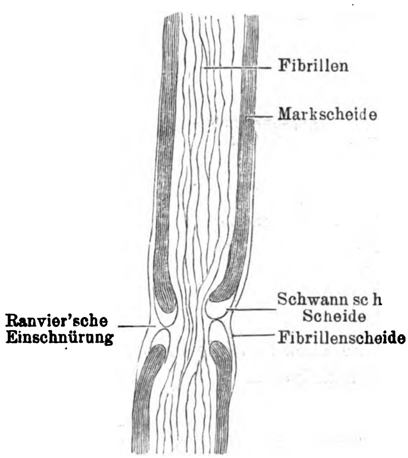


Fig. 2. Längsschnitt einer markhaltigen Nervenfaser mit gefärbten Fibrillen. Nach Bethe.

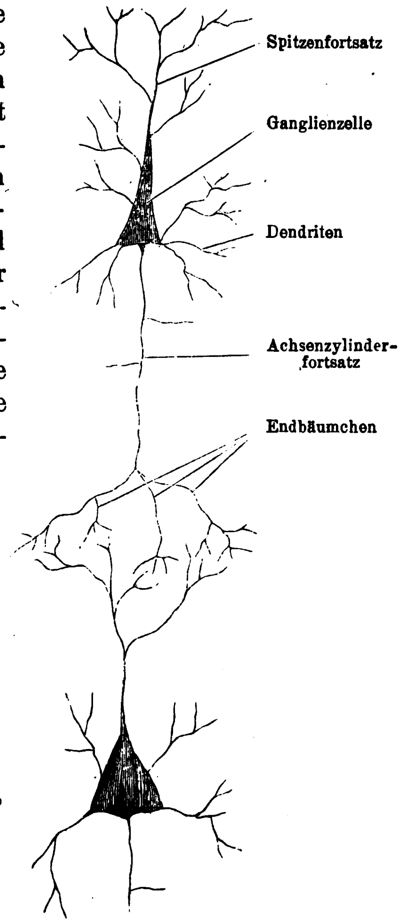


Fig. 3. Schematische Zeichnung zweier angrenzender Neurone.

lung entkleidet, und die Neuronenlehre lebhaft von Apathy, Bethe und Nißl angegriffen [56 u. 25)]. Die Entscheidung des Kampfes steht noch aus. (Fig. 4.)

Die Nervenfasern teilen wir in motorische Nerven, welche zentrifugal leiten und sich hirschgeweihähnlich im Muskel verzweigen, sowie sensible, welche die Erregung zentripetal fortpflanzen und von den Tastscheiben, Meißnerschen Körperchen usw. der Peripherie aus die verschiedensten Reize dem Zentralorgan übermitteln. Ob es be-

sondere trophische Nerven gibt, von denen die Ernährung des Gewebes abhängt, ist noch nicht erwiesen [41]).

Das von bindegewebigen Häuten umgebene und von der als Stützgewebe dienenden Glia durchsetzte Zentralnervensystem bildet sich bei dem Embryo aus dem äußerstem Keimblatt (Ektoderm) in der Weise, daß zwei in der Körperachse verlaufende Leisten, die Medullarplatten entstehen, welche zusammenwachsen und das Medullarrohr bilden. Nach außen von denselben entwickeln sich die Spinalganglien, etwas weiter entfernt das aus Rückenmarksästen sich formierende, von Ganglien (Nerven-Zellenanhäufungen) unterbrochene, sym-

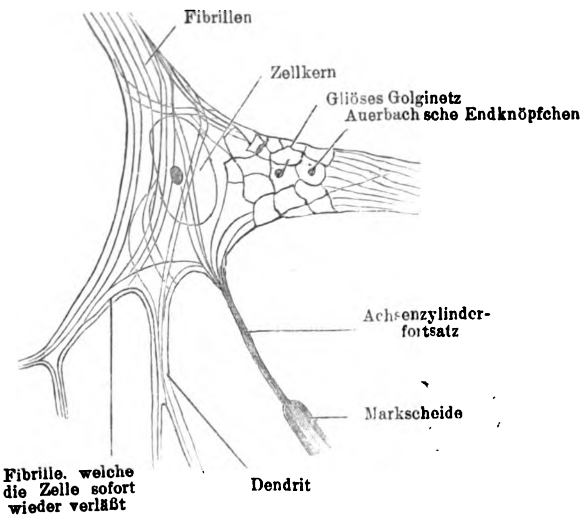
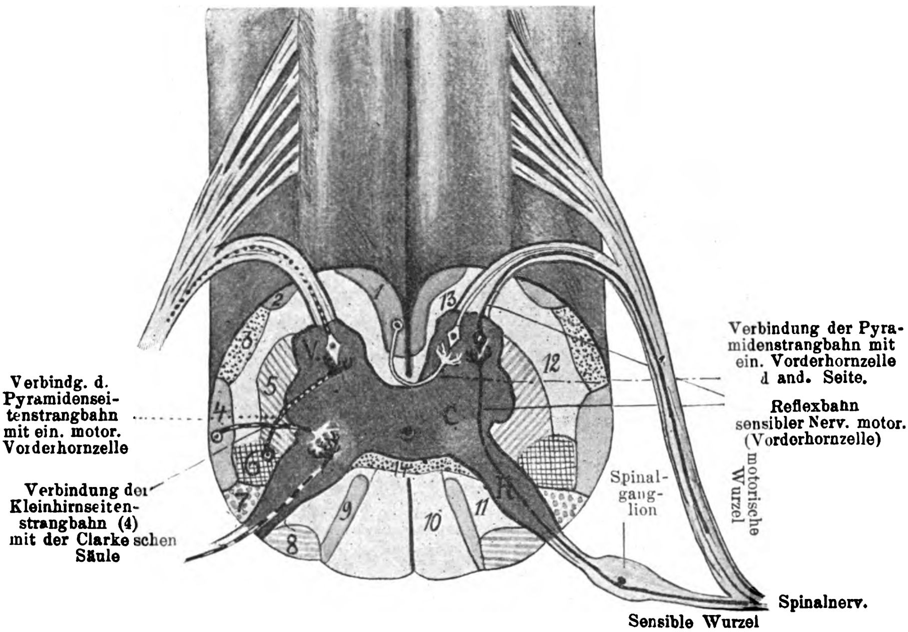


Fig. 4. Schematische Zeichnung einer Ganglienzelle nach einem Betheschen Fibrillenpräparat.

pathische Nervensystem, welches zu beiden Seiten der Wirbelsäule je einen dünnen Strang und von diesem ausgehende Geflechte bildet. Der untere Teil des Medullarrohrs wird zum Rückenmark, der obere zum Gehirn. Letzteres geschieht, indem sich durch quere Furchenbildung erst 3, dann 5 Bläschen abschnüren, das Vorderhirn (Großbirnhemisphären), Zwischenhirn (Sehhügel), Mittelhirn (Vierhügel), Hinterhirn (Kleinhirn) und Nachhirn (Verlängertes Mark). Dementsprechend wölben sich aus dem in dem Medullarrohr verlaufenden Zentralkanal die verschiedenen Höhlen oder Ventrikel vor. Je höher ein Tier steht, desto stärker entwickeln sich seine Großhirnhemisphären (Sitz der höheren geistigen Funktionen), desto kleiner wird aber auch sein Riechlappen, der beim Menschen bis zum kleinen Riechkolben herabsinkt.

Das Rückenmark besteht aus der äußeren weißen Substanz (Vorder-, Seiten- und Hinterstränge), in welcher vorwiegend lange Leitungsbahnen verlaufen, und der inneren grauen Masse, welche Zellen und kurze Bahnen aufweist, sowie in die Vorder- und Hinterhörner zerfällt. In letzteren befinden sich sensible, in ersteren motorische Ganglienzellen. Beide Zellarten sind miteinander direkt verknüpft. Jeder von der Peripherie (Haut, Sehnen usw.) kommende



V. Vorderhorn. H. Hinterhorn. C. Clarkesche Säule.
1 Pyramidenvorderstrangbahn. 2 Helweg sches Bündel, 3 Gowers sches Bündel, 4 Kleinhirnseitenstrangbahn, 5 seitliche Grenzschicht, 6 Pyramidenseitenstrangbahn, 7 Lissauer sche Randzone, 8 hinteres äußeres Feld, 9 Schulzsches Komma, 10 Goll scher Strang, 11 Burdach scher Strang, 12 gemischte Seitenstrangzone, 13 Vorderstranggrundbündel, 14 ventrales Hinterstrangfeld.

Fig. 5. Schematische Darstellung des Rückenmarkes.

Empfindungsnerv tritt nun in eines der neben dem Rückenmark liegenden Spinalganglien ein, welche je einen Fortsatz in dem Hinterstrang des Rückenmarks nach oben senden, einen kürzeren sich um eine Hinterhornzelle aufsplittern lassen. (Fig. 5.) Da nun von den Vorderhornzellen Bewegungsnerven nach den Muskeln gesandt werden, so ermöglicht die schon erwähnte Verbindung der Vorderhorn- und Hinterhornzellen den Vorgang des Reflexes, d. h. einer gesetz- und zweckmäßig auf einen Reiz eintretenden Reaktion, welche meist als Schutzmaßregel dient (Reflexbahn: Peripherer sensibler Nerv —

Hinterhornzelle — Vorderhornzelle — motorischer Nerv — Muskel). Ein von außen kommender Reiz, z. B. ein Insektenstich, ruft eine Bewegung des Muskels hervor, z. B. das Wegziehen des geschädigten Gliedes, Kratzen der Stelle usw. Zu den im Rückenmark, welches keine eigentliche Seele besitzt, sondern nur als Reflexapparat fungiert, vor sich gehenden Reflexen gehört z. B. der Plantarreflex (Dorsalflexion des Fußes bei Kitzeln der Fußsohle), der Patellarreflex (Zusammenziehung des an der Kniescheibe ansetzenden Oberschenkelmuskels und Vorschleudern des Unterschenkels bei Klopfen auf die Kniescheibensehne, die Bauchdecken- und Armreflexe.

Von dem sympathischen Nervensystem, welches die uns nicht zum Bewußtsein kommende Tätigkeit der glatten Muskeln, des quergestreiften Herzmuskels und der Drüsen veranlaßt, werden, zum Teil in Verbindung mit dem vom Gehirn ausgehenden Lungen-Magennerv, folgende Reflexe vermittelt: die Erektion des Penis und die Samenergießung, die Mastdarm- und Blasenentleerung, die Peristaltik (Bewegung von Magen und Darm), die Herztätigkeit, die Erweiterung und Verengung der Blutgefäße, die Atmung und die Erweiterung der Pupillen. Alle diese Reflexe werden gleichzeitig durch Vorstellungen und Affekte beeinflußt.

An seinem oberen Ende bildet das Rückenmark, welches in seinem Verlaufe die Nerven für die Glieder und den Stamm abgegeben hat, eine Anschwellung, das verlängerte Mark, in welchem die Kerne der 12 Hirnnerven eingebettet liegen: Seh- (nervus opticus kreuzt sich partiell), Riech- (nervus olfactorius), gemeinsamer Augenmuskel- (nervus oculomotorius), oberer Augenmuskel- (nervus trochlearis), äußerer Augenmuskel- (nervus abducens), dreigeteilter Gesichts- (sensibel und motorisch, nervus trigeminus), Gesichtsbewegungs- (nervus facialis, mimische Bewegungen), Hör- (nervus acusticus, mit dem der Erhaltung des Gleichgewichts dienenden Labyrinthnerv), Zungenschlundkopf- (sensibel, nervus glossopharyngeus), Lungen-Magen- (nervus vagus), Bei- (nervus accessorius, Nackenmuskulatur) und Zungenmuskelnerv (nervus hypoglossus). Mit Hilfe dieser Nerven kommen folgende Reflexe zustande: der Pupillenreflex (Verengung der Pupille bei Lichteinfall, vorübergehend aufgehoben im epileptischen Anfall, oft dauernd bei progressiver Paralyse), der Lidschluß bei greller Beleuchtung, der Cornealreflex (Lidschluß bei Berührung der Hornhaut, fehlt mitunter ebenso wie der Würgreflex, der durch Berührung des Rachens eintritt, bei Hysterie), das Saugen des Neugeborenen, das Kauen, Schlucken, die Regulierung der Atmung durch den Reiz von kohlensäureüberfülltem Blute auf das Atemzentrum (im verlängerten Mark), Niesen, Husten, Schreien.

Die Verbindung zwischen Großhirn und dem verlängerten Mark wird durch die Hirnschenkel hergestellt (unterer Teil = Hirnschenkelfuß-, oberer = Haube). Sie werden von der aus Zellen und Fasern bestehenden Brücke, welche das Vorderhirn mit dem Kleinhirn verbindet, von unten her umfaßt. Auf den Hirnschenkeln und dem ver-

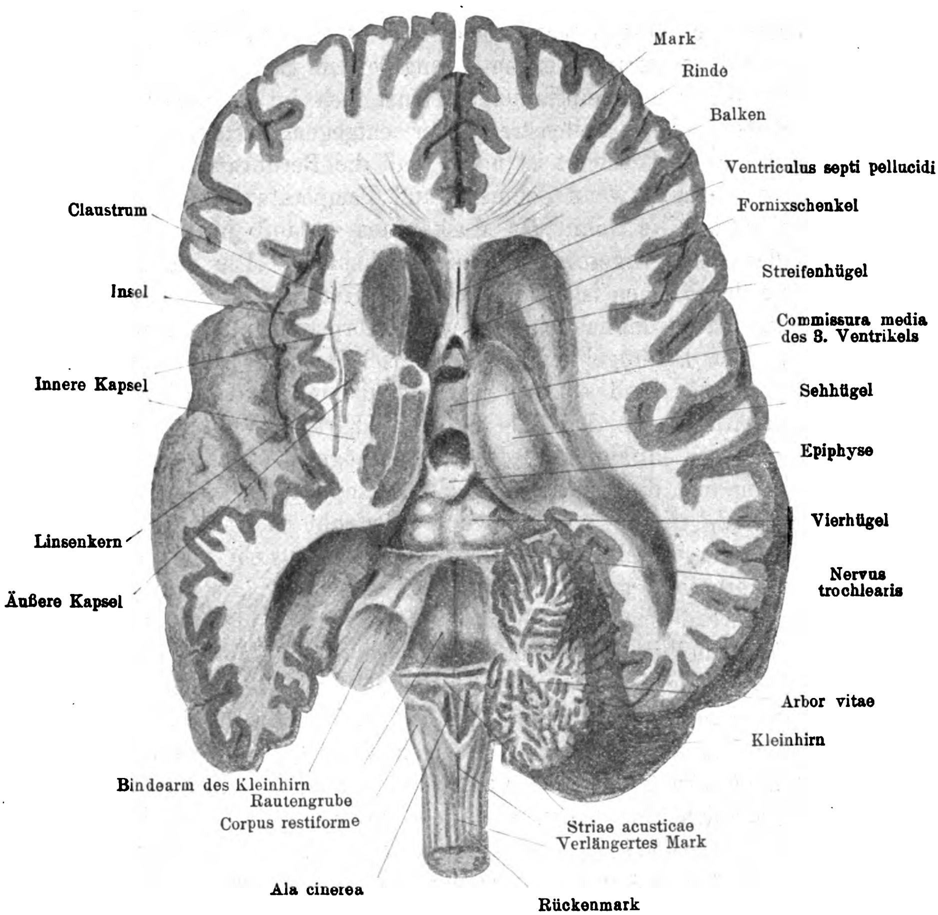


Fig. 6. Horizontalschnitt durch das Gehirn, links tiefer als rechts angelegt.

längerten Mark reitet das Kleingehirn. Weiter nach oben folgen die Vierhügel, in der Mitte des Großhirns die beiden Sehhügel, nach vorn zu die Streifenhügel. Nach außen von Sehhügeln und Streifenhügeln liegen die Linsenkerne (dazwischen die innere Kapsel). (Fig. 6.) Die bereits erwähnte sensible Bahn führt von den Hintersträngen bis zu den an deren Ende befindlichen Hinterstrangskernen, geht dann die

Schleifenkreuzung ein, bildet einen Teil des Haubengebietes und gelangt weiter zum Sehhügel. Außerdem gibt es noch einen zweiten Weg: Vom Spinalganglion nach der im Seitenstrang aufwärts führenden Kleinhirnseitenstrangbahn, der Kleinhirnrinde und dem Sehhügel.

Die Seitenstränge können bezüglich der sensiblen Leitung für die Hinterstränge eintreten. Die Schmerzempfindung, für welche wir jetzt besondere Bahnen annehmen, und die Temperaturempfindung werden im Seitenstrang der entgegengesetzten Seite nach oben geleitet, die Berührungsempfindung pflanzt sich im Hinterstrang derselben Seite und im Seitenstrang der entgegengesetzten Seite nach oben fort. Bemerkenswert ist noch, daß die Berührungsempfindung erhalten sein kann, wenn Schmerz- und Temperaturempfindung aufgehoben sind. Die Bahn des Muskelsinns verläuft in dem Hinterstrang der entgegengesetzten Rückenmarkshälfte. Die Folge dieser Kreuzung der Bahnen ist, daß bei einem Herd in der rechten Hirnhälfte eine Unempfindlichkeit der linken Körperhälfte eintritt und umgekehrt. Der Sehhügel bildet die Umschaltestation für alle diese sensiblen Bahnen und sendet sie durch die innere Kapsel hindurch nach der Rinde des Parietal- (Scheitel-) Hirns. Während uns die Vierhügel als Zentralorgane des Sehvermögens (stehen durch die Sehstrahlung mit der Sehrinde im Hinterhauptslappen in Verbindung) bekannt sind, wissen wir von den Streifenhügeln nur, daß durch Stichverletzung derselben Temperaturerhöhung entsteht. Ob sie etwas mit den Körperbewegungen zu tun haben, ist noch nicht klar. Das Kleinhirn, welches mit dem Rückenmark, dem Endgebiet des Sehnerven im Mittelhirn, sowie dem Großhirn in Verbindung steht, hat die Aufgabe, die Orientierung im Raume und die Gleichgewichtsbewegungen mit Hilfe der ihm zugeleiteten Sinneseindrücke zu regulieren. Bei Verletzung desselben treten Schwindel, Zwangsbewegungen und Ataxie (Störung der einheitlichen Bewegung) auf. Die motorische oder Pyramidenbahn führt von den großen Pyramidenzellen der vorderen Zentralwindung des Gehirns nach der inneren Kapsel, gelangt durch den Fuß des Hirnschenkels in das verlängerte Mark und kreuzt sich direkt unter der Schleifenkreuzung zum größten Teil. Die ungekreuzte Partie verläuft in den Vordersträngen, die gekreuzte in den Seitensträngen herab. Sie tritt dann an die Ganglienzellen der Vorderhörner heran, welche die zu den Muskeln führenden Bewegungsnerven absenden. Ein Krankheitsherd, eine Blutung in der rechten Hirnregion muß daher eine halbseitige Lähmung der linken Körperhälfte hervorrufen. Besonders sind die häufigen Blutungen der inneren Kapsel (Schlaganfall) gefürchtet, weil die Bahn dort eng

zusammengedrängt ist, und die Lähmung infolgedessen leicht große Ausdehnung gewinnt.

Erwähnenswert ist noch, daß die sensible Haubenbahn ihr Mark bereits im 8. Embryonalmonat, die motorische Pyramidenbahn dagegen erst nach der Geburt erhält. Die Reifung des Marks ist ungefähr im 20. Jahre vollendet.

Wir kommen nun zu dem für die psychische Tätigkeit wichtigsten Hirnteil, den durch die schon genannten Bahnen mit dem Rückenmark (Projektionsfasern), durch den Balken (Kommissurenfasern) miteinander verbundenen Großhirnhemisphären (Hirnmantel). Sie sind aus der graurötlichen Hirnrinde und dem weißlichen Mark zusammengesetzt. Die einzelnen Punkte jeder Hirnhälfte werden durch ein reiches System von Assoziationsfasern mit einander verknüpft.

In der Rinde bilden sich während des Embryonalebens zahlreiche Furchen. Die zwischen denselben stehenbleibenden Rindenteile werden Windungen genannt. Wir unterscheiden die zeitig auftretenden, tiefen, typisch verlaufenden Hauptfurchen (fissura Sylvii, fissura centralis, fissura parieto-occipitalis, fissura calcarina) und die weniger wichtigen, häufig atypischen flachen Nebenfurchen. Zur Zeit der Geburt sind die Hauptfurchen bereits ausgebildet, während die Nebenfurchen noch undeutlich ausgeprägt sind. Die Windungen sind im allgemeinen desto reicher entwickelt, je höher das Individuum in geistiger Beziehung steht. Bei der Paralyse beobachtet man eine auffällige Verschmälerung sowie partielle Einsenkungen der Windungen, besonders im Stirnhirn, infolge Zugrundegehens der Zellen und Fasern, vor allem des nervösen Grau Nißls. Die Windungen des Idioten sind oft auf einer frühen Stufe stehen geblieben und nur wenig ausgebildet. (Fig. 7.)

Um uns leichter zurechtzufinden, teilen wir das Großhirn in Stirn, Schläfen-, Scheitel- und Hinterhauptslappen ein. Während man gewöhnlich glaubt, daß das Wachstum des Gehirns sich nach dem des Schädels richte, hängt im Gegenteil die Größe des Schädels meist von der Ausbildung des Gehirns ab. Nicht aber zeigt der Schädel, wie Gall meinte, durch Vorbuchtung seiner Wand die an den verschiedenen Stellen des Gehirns lokalisierten seelischen Eigenschaften, z. B. Gutmütigkeit usw. an. Die Lehre von der Phrenologie ist abgetan. Dagegen hat man gefunden, daß einzelne Bezirke der Hirnsubstanz bestimmten Zwecken dienen, Zentralstellen darstellen. Doch muß man nach Nißl berücksichtigen, daß sich die einzelnen Bezirke auf der Oberfläche nicht genau so verhalten wie in der Tiefe, sondern daß sie sich mehr wie die geologischen Schichten

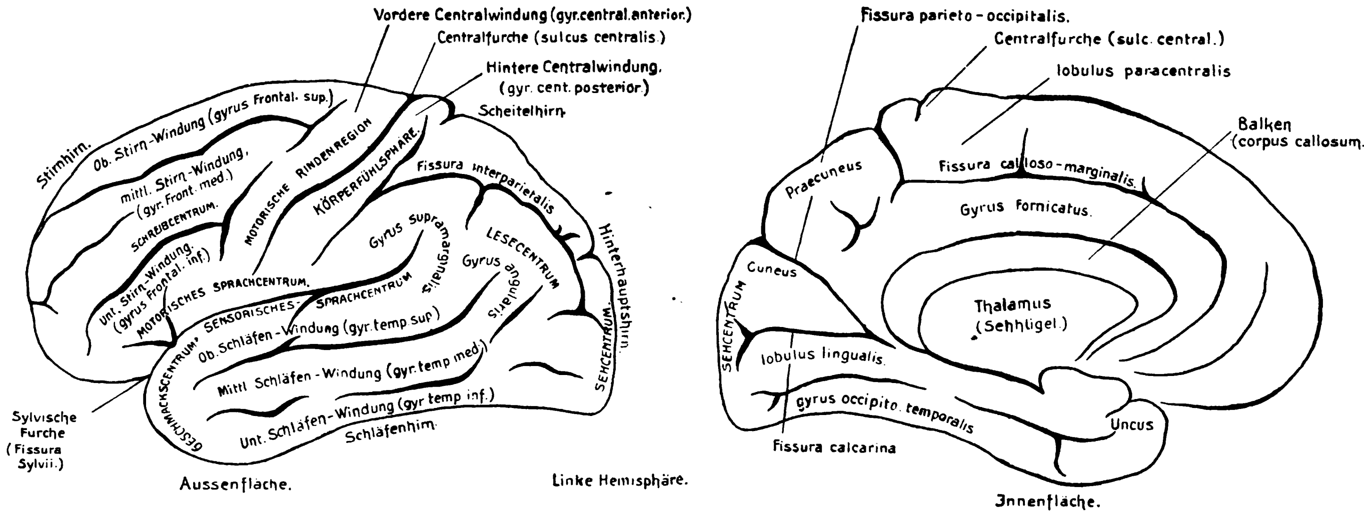


Fig. 7. Schematische Darstellung der Furchen und Windungen der Hirnoberfläche, sowie der Lokalisation der Hirnzentren.

ineinander schieben. Man hat z. B. festgestellt, daß das Zentrum für die Sprachbewegung sehr wahrscheinlich in der dritten linken Stirnwindung (bei Zerstörung motorische Aphasie), das Gehörszentrum in der linken obersten Schläfenwindung (bei Schädigung sensorische Aphasie), das Sehzentrum in der Gegend der fissura calcarina im Hinterhirn (bei krankhaftem Herd Seelenblindheit), das Zentrum für die Erinnerungsbilder der gelesenen Worte im linken gyrus angularis im Scheitelhirn (bei Zerstörung Wortblindheit), das Zentrum für die Erinnerungsbilder der Schreibbewegung vielleicht in der zweiten linken Stirnwindung, die Zentralstelle für die absichtlichen Gliederbewegungen in der vorderen Zentralwindung, die zentrale Sammelstelle für die Empfindungen in der Rinde des Scheitelhirns liegen, während man über die Zentren des Geschmacks und Geruchs (vielleicht Rinde des Ammonshorns) noch nicht genau orientiert ist. In den genannten Zentralstätten kommen uns die vom Hirn ausgehenden absichtlichen Bewegungen und die zum Zentralorgan strömenden Empfindungen zum Bewußtsein. Hier werden die sogenannten Erinnerungsbilder abgelagert, von denen in der Psychologie die Rede sein wird. Hier ist der Entstehungsort der Sinnestäuschungen. Die Ansicht Flechsigs, daß es außer den obengenannten Sinneszentren noch bestimmt lokalisierte Assoziationszentren gäbe, welche die bisher unbekannten Denkorgane darstellen sollten, hat sich nach Meinung der meisten Autoren nicht zu behaupten vermocht. Vielmehr glaubt man jetzt, daß die ganze Rinde ein Assoziationssystem darstellt, in welches die Projektionsbahnen eingelagert sind. Die auffällige Tatsache, daß die linke Hemisphäre mehr tätig ist als die rechte und Handlungen auslöst, welche von beiden Körperhälften ausgeführt werden, z. B. die Sprachtätigkeit und die koordinierten Bewegungen der Glieder (nach Liepmann tritt z. B. bei Zerstörung der linken Hemisphäre nicht nur Lähmung des rechten Armes, sondern auch Unfähigkeit des linken Armes auf, kompliziertere Handlungen auszuführen wie Geld zu zählen, Fliegen zu fangen usw.), hängt nach Lewandowsky [41]) vielleicht mit der uns seit alter Zeit vererbten Rechtshändigkeit zusammen, welche sich vielleicht dadurch entwickelt hat, daß von jeher die rechte Seite dem Angriffe entgegengesetzt wurde, um das Herz zu schützen. Daß der rechten Hirnhälfte die Anlage der Sprache und Bewegung nicht fehlt, beweisen einige Fälle von Erkrankung der linken Hemisphäre in der Jugendzeit, welche keine oder geringe Sprachstörung aufwiesen.

Bezüglich des Hirngewichts findet man im allgemeinen bei intelligenten Personen schwerere Gehirne, doch gibt es auch Aus-

nahmen. Ein sehr niedriges Hirngewicht beobachten wir oft bei progressiver Paralyse und chronischem Alkoholismus.

Die Hirnrinde enthält in Reihen geschichtete Ganglienzellen, welche verschiedene Formen aufweisen. Sie sind zum Teil Ausgangspunkte von motorischen, Endpunkte von sensiblen Bahnen oder Schaltstellen. Je nach ihrer Funktion zeigen die verschiedenen Stellen der Rinde abweichenden Bau. An den Sinneszentren überwiegen z. B. die vielgestaltigen Zellen und kleinen Pyramiden, an den motorischen Zentralstellen die großen Pyramidenzellen. Die Veränderungen, welche durch die Psychosen in der Rinde hervorgerufen werden, sind sehr mannigfaltig. Die progressive Paralyse ruft z. B. Schrumpfung des Rindengewebes mit Verzerrung der Zellreihen, Degeneration der Ganglienzellen, Untergang der Nervenfasern (besonders Tangentialfasern), Wucherung des Gliagewebes und Veränderungen an den Blutgefäßen (Sprossung neuer Gefäße, Ansammlung von Plasmazellen) hervor.

Wie war es nun möglich, die verschiedenen Zentren festzustellen und den Verlauf der einzelnen Bahnen in dem Fasergewirr zu verfolgen? ([57 u. 13]).

1. erhalten die einzelnen Bahnen ihr Mark zu ganz verschiedenen Zeiten, und zwar bekommen der Funktion nach zusammengehörige Systeme ihr Mark gleichzeitig (Myelo- genetisches Grundgesetz Flechsig's); durch Markscheidenfärbung der nacheinander erscheinenden Bahnen lassen sich dieselben auseinanderhalten.

2. weiß man, daß jede Nervenfaser von ihrer Zelle ernährt wird. Wird die Bahn durchschnitten, so degeneriert nach kurzer Zeit der größere Teil derselben, während die dem trophischen Zentrum näher gelegene Partie erhalten bleibt oder langsam zugrunde geht (Wallersches Gesetz). Bei der Sektion findet man z. B., falls ein Herd in der vorderen Zentralwindung vorliegt, Degeneration der ganzen Pyramidenbahn, welche sich so deutlich von der Umgebung abhebt.

3. fügt man neugeborenen Tieren experimentelle Verletzungen an verschiedenen Teilen des zentralen oder peripheren Nervensystems zu, tötet die Tiere nach einiger Zeit und beobachtet die eingetretenen Degenerationen.

4. untersucht man Tiere mit einfachem Nervensystem und gelangt durch Vergleichung zur Einsicht in komplizierte Verhältnisse.

5. reizt man bestimmte Stellen der Hirnrinde des lebenden Tieres und beobachtet die erfolgenden Bewegungen.

Zum Schluß noch einige Bemerkungen über die im lebenden Nervon vor sich gehenden Prozesse. Über das Zustandekommen der Nervenleitung sind die Autoren noch nicht einig. Man faßt sie teils

als rein elektrischen Vorgang, teils als vorwiegend chemischen Prozeß auf, welcher in einer Assimilation (Aufbau) und Dissimilation (Zerfall) der chemischen Bestandteile (Lecithine, Myeline usw.) des hoch zusammengesetzten Zellprotoplasmas besteht und erst sekundär elektrische Ströme hervorruft. Die durch die Nißlfärbung sichtbar werdenden Nißlschollen der Ganglienzellen stellen offenbar die Reservestoffe der Zelle dar und sind äußeren Einflüssen, z. B. Hunger, Fieber, Gift gegenüber sehr vergänglich.

Psychologie.

In den nachfolgenden Ausführungen folgen wir vornehmlich der voluntaristischen Psychologie Wilhelm Wundts und seiner Schüler, welche unter den psychologischen Strömungen der Gegenwart die Führung übernommen hat. Sie lehrt uns, daß die von der Außenwelt und unserem Körper ausgehenden Reize von den Sinnesorganen aufgenommen, daselbst transformiert und vermittelst der Sinnesnerven den Sinneszentren der Großhirnrinde zugeleitet werden. Hier rufen sie das erste Glied der psychischen Reihe, die Empfindung, hervor, welcher stets eine bestimmte Qualität (z. B. Tonhöhe), Stärke und ein besonderer Gefühlston zukommt. Die Empfindung kann bei einer gewissen Stärke den Reiz überdauern, im Hirn eine Spur, ein sogenanntes Erinnerungsbild hinterlassen und wieder reproduziert werden (Gedächtnis). Und zwar geschieht letzteres, wenn durch einen Reiz eine der früher hervorgerufenen ähnliche Empfindung erzeugt wird; es kann aber ein Erinnerungsbild auch durch eine andere Vorstellung, einen Gedanken wachgerufen werden. Die meisten Objekte der Außenwelt verursachen nun gewöhnlich eine ganze Anzahl von Empfindungen in den verschiedenen Sinnesgebieten, welche infolge ihrer gleichzeitigen Entstehung assoziativ mit einander verbunden sind, d. h., taucht die eine auf, so ruft sie zugleich die andere wach. Die Gesamtsumme dieser Erinnerungsbilder verbindet sich zu dem Bilde des betreffenden Gegenstandes. Erleichtert wird diese Tätigkeit durch die Eigenschaft der Sprache, zusammengefaßte Erinnerungsbilder zu einer Einheit, dem Begriff zu verbinden. Die einzelnen Teilbilder sind mit dem Sprachzentrum, durch welches die von der Kehlkopf-, Gaumen-, Zungen- und Lippenmuskulatur ausgeführten Sprachbewegungen veranlaßt werden, assoziativ verbunden und rufen bei ihrem Auftauchen das betreffende Wort in Erinnerung. Dazu kommt noch das akustische Erinnerungsbild des gehörten, das optische Bild des gelesenen Wortes, sowie das Erinnerungsbild der Schreibbewegung

des geschriebenen Wortes, um den betreffenden konkreten oder sinnlichen Begriff noch vollständiger zu machen, z. B. setzt sich der Begriff „Honig“ aus den Erinnerungsbildern der Geruchs-, Gesichts- und Gefühlsempfindungen zusammen, welche wir bei dem Anriechen, Betrachten und Betasten des Honigs gewinnen, ferner aus den Erinnerungsbildern der Sprachmuskelbewegung beim Aussprechen, der Schreibbewegung beim Niederschreiben, der Gehörsempfindung beim Lesen des Wortes „Honig“. Völlig klar und deutlich wird dieses Bild aber nur, wenn unsere Aufmerksamkeit auf dasselbe gelenkt wird, d. h. wenn die Wahrnehmung der Gegenstand einer stärkeren Gefühlsbetonung und das Ziel unserer Willensrichtung wird. Wir drängen dadurch andere Wahrnehmungen zurück, lassen dafür die eine desto klarer erscheinen und erheben sie so zur Vorstellung (Apperzeption). Bei mangelnder Aufmerksamkeit werden die Sinneseindrücke von uns überhaupt nicht aufgefaßt oder uns nur dunkel bewußt (Perzeption). Die sich aus den in den Hirnzellen deponierten Empfindungen zusammensetzenden Vorstellungen sind nun in fortwährender Bewegung, indem sie sowohl durch andere Vorstellungen als auch durch äußere Sinneseindrücke wachgerufen werden und Verbindungen mannigfachster Art eingehen. Dieser Vorgang wird, wenn er ohne logische Gedankentätigkeit und bei nur passiver Aufmerksamkeit vor sich geht, Ideenassoziation genannt. Als Bewußtsein bezeichnet man nach Mendel die Summe der gleichzeitig vorhandenen und wieder erweckbaren sinnlichen Wahrnehmungen und Denkvorgänge. Beim erwachsenen wachen Menschen ist dasselbe immer mit Selbstbewußtsein verbunden, welches bei dem Kinde allmählich entsteht, indem sich mit den sinnlichen Empfindungen der Leibesorgane und den Vorstellungen von diesem Leibe im Gegensatz zur Umgebung das Tätigkeitsgefühl des Willens zu einer Einheit verbindet.

Die besonders von David Hume ausgebildete Assoziationspsychologie nimmt an, daß die Gesetze der Ideenassoziation zur Erklärung des psychischen Geschehens ausreichen. Sie läßt die Assoziationen nach den Gesetzen der Ähnlichkeit oder des Kontrastes, nach der assoziativen Verwandtschaft (räumliche oder zeitliche Berührung), der ursächlichen Folge (Kausalnexus), wozu nach Ziehen noch die Gefühlsbetonung und die Konstellation, d. h. die wechselseitige Beeinflussung der Erinnerungszellen bald im Sinne der Erregung, bald im Sinne der Hemmung kommt, vor sich gehen. Die Willenshandlung entsteht nach Ansicht dieser Autoren dadurch, daß eine gefühlsbetonte Vorstellung eine Bewegungsvorstellung auslöst, welche von Spannungen und Innervationsempfindungen begleitet wird. Wundt

ist ein Gegner der Assoziationspsychologie. Nach ihm (73) „gibt es Verbindungen zwischen fertigen und nach ihrer Vereinigung im wesentlichen unverändert beharrenden Vorstellungen, wie sie die Theorie der Ideenassoziation annimmt, überhaupt nicht, sondern die einzig wirklichen Assoziationsphänomene sind die Assoziationen der psychischen Elemente (Empfindungen), und die Produkte dieser Assoziation bestehen niemals in einer bloßen Additon dieser Elemente". Wir folgen weiter Wunds Ansichten, wenn wir der Assoziation nur die Aufgabe zuerkennen, das Material für das Denken bereit zu halten, sie aber nicht für genügend halten, die Einheit des Ich und die höhere geistige Tätigkeit zu erklären. Diese Aufgabe bleibt vielmehr der später zu besprechenden Apperzeption vorbehalten. Zunächst unterscheiden wir mit Wundt die simultanen Assoziationen von den sukzessiven. Die ersteren sind nach ihm „Verbindungen, bei denen die zuerst vorhandene und die durch Assoziation hinzugetretene Vorstellung ein gleichzeitig dem Bewußtsein gegebenes Ganze bilden". (76) Zu ihnen gehören die Verschmelzung, Assimilation und Komplikation. Die festeste Form der simultanen Assoziation ist die assoziative Verschmelzung der Empfindungen, z. B. die aus Tönen entstandenen Klänge. Bei der Assimilation werden durch eine neue Vorstellung alte Erinnerungsbilder geweckt, welche auf jene bestimmend einwirken. Erscheint die von einem Sinneseindruck hervorgerufene und sich mit demselben verbindende Vorstellung ihm gleich, so sprechen wir von Wiedererkennen, ist sie nur ähnlich, so von Erkennen. Der letzte schwierigere Vorgang wird dadurch erleichtert, daß die erweckte Vorstellung auf die erweckende einen schöpferischen Einfluß ausübt. So glaubt z. B. der einsame Wanderer während der Nacht in einem Baumstumpf einen Räuber zu erkennen, so lesen wir anstelle eines Druckfehlers unbewußt die richtigen Buchstaben. Die loseste Form der simultanen Assoziation ist die Komplikation, welche nach Herbart eine Verbindung der Vorstellungen und Gefühle disparater Sinnesgebiete bedeutet, z. B. die tönende Glocke. Nach Wundt wird die Komplikation bei der Reproduktion daran erkannt, daß, wenn einer der Sinneseindrücke, welche die komplexe Vorstellung zusammensetzen, wegbleibt, der andere assoziiert wird. Die pantomimischen und mimischen Bewegungen, die Sprache und Schrift, welche früher sinnlich deutliche Bilder der von ihnen bezeichneten Gegenstände gaben, sind später zu „konventionellen Vorstellungssymbolen" geworden, und die Assimilation ist so zur Komplikation herabgesunken.

„Die Assoziation als ein rein sukzessiver Vorgang entwickelt

sich aus der Assimilation und gelegentlich auch aus einer simultanen Komplikation, wenn die unmittelbare Verbindung der Elemente der aufeinander wirkenden Vorstellungen Hemmnissen begegnet, die eine vollständige Verdrängung des induzierenden Eindrucks und so eine Sonderung des Verbindungsvorgangs in zwei Akte bewirken" [74]). Bei diesem Vorgang können sich nun einmal gleiche Elemente (Gleichheitsverbindung) oder sich raumzeitlich berührende Elemente (Berührungsverbindung) zur Vorstellung vereinigen. Die sukzessiven Assoziationen sind am leichtesten zu beobachten und wurden darum von der Assoziationspsychologie ausschließlich berücksichtigt. Letztere ist nach Wundt aber nicht imstande, die fortwährende Veränderung und gegenseitige Beeinflussung, „das Zerflattern" der Elemente des Erinnerungsbildes, welche bei der sukzessiven Assoziation zu beobachten sind, zu erklären. Hat sie es ja nur mit unveränderlichen selbständigen Vorstellungen zu tun, von denen jede nur auf ein verschwundenes Erinnerungsbild einwirkt und in der ursprünglichen Form, nur etwas abgeblaßt, wiederkehrt. Zusammenfassend definieren wir die Assoziationen nach Wundt folgendermaßen: „Die sämtlichen Assoziationen sind demnach Vorgänge, die im Bewußtsein lediglich durch die Wirkung äußerer Erregungen aufeinander und auf vorhandene Vorstellungsdispositionen sowie aus den Wechselwirkungen dieser entspringen" [75]).

Die mit dem Vorgang des Wiedererkennens, Erkennens und Erinnerns verbundenen Gefühle, welche jederzeit in das Aktivitätsgefühl der später zu besprechenden Apperzeption übergehen können, führen uns zu der Lehre von den Gefühlen hinüber. Wie schon erwähnt, sind alle Empfindungen von Gefühlen begleitet und bilden mit ihnen eine feste Verbindung. Während aber die Vorstellungen sich immer auf äußere Objekte beziehen, richten sich die Gefühle auf „einen Zustand des fühlenden Wesens selber, auf ein Leiden oder Tätigsein des Ich" [17]). Sie sind ein zentraler Vorgang, „die Reaktion des Bewußtseins auf die in dasselbe eintretenden Vorstellungen" [18]). Die Gefühle und die aus ihnen entstehenden Gemütsbewegungen bilden demnach die subjektiven Bewußtseinselemente, gewissermaßen Resonanzerscheinungen. Während mit den Empfindungen Erregungsvorgänge in den peripheren und zentralen Sinnesgebieten einhergehen, beeinflussen die Gefühle die motorischen Apparate des Körpers. Ferner ist unser Gefühlszustand stets einheitlich, während in unserem Bewußtsein mehrere nebeneinander bestehende Empfindungen in einem Gegensatz zueinander stehen können. Nach Ziehen [82]) erhält jedes Erinnerungsbild die Gefühlsbetonung der dasselbe verursachenden Emp-

findung, und zwei assoziativ miteinander verwandte Vorstellungen teilen sich ihre Gefühlsbetonung mit. Weiter können die Gefühle von gefühlsstarken Vorstellungen auf gefühlsärmere übergehen (Irradiation) und von diesen wieder auf die ursprüngliche Empfindung reflektiert werden, sie sind demnach übertragbar, eine Eigenschaft, welche den Empfindungen und Vorstellungen nicht zukommt. Wichtig ist ferner, daß die Gefühle weniger von den äußeren Reizen, als dem Zustande des Bewußtseins abhängig sind, sowie daß ihnen eine räumliche Bestimmtheit fehlt (Lipps). Wundt unterscheidet die Gefühle nach ihrer Qualität, Intensität und Zeitdauer. Er teilt sie demnach in Gefühle der Lust und Unlust, Erregung und Beruhigung, Spannung und Lösung ein. Selten ist im Bewußtsein ein einfaches sinnliches Gefühl vorhanden, meist besteht nach Wundt ein zusammenhängendes, aus verschiedenen Gefühlen zu einem Totalgefühl verschmelzendes Gefühlskontinuum. Zu den zusammengesetzten Gefühlen gehören die ethischen, religiösen und logischen oder intellektuellen Gefühle. Diese höheren Gefühle zu entwickeln, ist die Aufgabe der Erziehung, welche darnach strebt, Lust- und Unlustgefühle, welche anfangs nur an rein sinnliche Empfindungen gebunden sind, mit höheren, besonders abstrakten Vorstellungen, z. B. Ehre, Gerechtigkeit usw. zu verknüpfen. Allmählich gewinnen bei dem gesunden Kinde diese höheren Gefühle die Oberhand über die einfachen sinnlichen Gefühle und verbinden sich so fest mit dem Ichgefühl, daß bei Handlungen gegen das Gebiet des Rechts, der Moral, des gesellschaftlichen Anstands sich Unlustgefühle als warnende Wächter geltend machen. Affekt nennt Wundt einen psychischen Prozeß, bei dem sich „eine zeitliche Folge von Gefühlen zu einem zusammenhängenden Verlaufe verbindet, der sich gegenüber den vorausgegangenen und den nachfolgenden Vorgängen als ein eigenartiges Ganzes aussondert, das im allgemeinen zugleich intensivere Wirkungen auf das Subjekt ausübt als ein einzelnes Gefühl“ [78]). Demnach zeichnet sich der Affekt dadurch aus, daß er ein einheitlicher Vorgang ist, einen bestimmten zeitlichen Verlauf besitzt, eine starke Wirkung auf den Zusammenhang der psychischen Ereignisse ausübt und mit körperlichen Begleiterscheinungen (Zittern der Hände, Zucken des Körpers, Störung der Atmung, Erröten, Erblassen) verbunden ist. Er beginnt mit einem Anfangsgefühl, in der Mitte steht der mit starker Gefühlsbetonung verbundene Vorstellungsablauf, am Schlusse folgt das Endgefühl. Führen die den Affekt begleitenden, auf ihn rückwirkenden Ausdrucksbewegungen zu einer Tätigkeit, so schließt der Affekt mit einer äußeren Willenshandlung ab.

Während nämlich eine Reflexhandlung eine gesetz- und zwangsmäßig ohne Mitwirkung der Tätigkeit der Hirnrinde erfolgende Aktion darstellt, sprechen wir von Triebhandlung, wenn als Motiv derselben ein Gefühl der Lust oder Unlust wirksam ist, von Willkürhandlung, sobald mehrere mit Vorstellungen verbundene Gefühle als Motiv wirksam sind, von Wahlhandlung dann, wenn der Kampf dieser Motive dem Betreffenden zum Bewußtsein kommt. Wird die früher bewußt ausgeübte Tätigkeit durch häufige Wiederholung, infolge von Gewohnheit mechanisiert, so können auch bei gestörtem Bewußtsein komplizierte Handlungen ausgeführt werden, mögen sie nun durch nur perzipierte Reize oder durch reproduzierte Vorstellungen hervorgerufen werden (Automatische Handlungen). Die Instinktbewegungen, z. B. Greifen, Saugen, Kauen, sind nach Eisler [14]) „automatisch gewordene, ursprünglich psychische Leistungen und damit zugleich (wie Darwin sagt) vererbte Gewohnheiten, stehen aber auch jetzt noch unter dem teilweisen Einfluß von Motiven. Die Instinkte sind mithin das Resultat der Arbeit zahlloser Generationen, sie sind nichts Starres, sondern der Vervollkommnung fähig.“ Wie wir bereits oben erfuhren, ist der Affekt zusammen mit der aus ihm hervorgehenden Handlung ein Willensvorgang. Auch die aktive Apperzeption, das Klarwerden einer Vorstellung, ist eine derartige Willenstätigkeit und zum Unterschiede von den Assoziationen mit Muskelempfindungen und dem Gefühl der Tätigkeit verbunden. Passiv nennt Wundt die Apperzeption, wenn sich eine Vorstellung plötzlich ohne vorbereitende Gefühlswirkung aufdrängt, wenn demnach die Richtung der Aufmerksamkeit nur durch die zufällig vorhandenen Reize angegeben wird. „Der Apperzeptionsvorgang ist hier erst von einem psychischen Gefühl des Erleidens begleitet, das erst nach Klarwerdung der Apperzeption in das Apperzeptionsgefühl übergeht. Bei der aktiven Apperzeption wird die Vorstellung schon durch Erwartungsgefühle vorbereitet, die Aufmerksamkeit ist schon auf den neuen Inhalt gespannt, bevor er auftritt. Von Anfang an wird hier der Apperzeptionsvorgang von einem Gefühl der Tätigkeit begleitet, dessen wir uns als Willenstätigkeit bewußt werden“ [15]). Die Aufmerksamkeit, welche mit der Apperzeption verbunden ist, stellt die subjektive Seite des Vorgangs, die Klarwerdung die objektive dar. Demnach bezeichnen beide Ausdrücke denselben Vorgang, betrachten ihn aber von verschiedenen Standpunkten aus. „Der Gesamtprozeß der Aufmerksamkeit und Apperzeption besteht demnach 1. in einer Klarheitszunahme, verbunden mit Tätigkeitsgefühl, 2. einer Hemmung anderer disponiblen Eindrücke, 3. einer Spannungsempfindung mit verstärkenden

sinnlichen Gefühlen, 4. einer verstärkenden Wirkung der Spannungsempfindungen auf den Vorstellungsablauf durch assoziative Miterregung“ 16). Die intellektuellen (apperzeptiven) Prozesse beginnen ferner nach Wundt immer mit einer Gesamtvorstellung, während sich bei der sukzessiven Assoziation eine Vorstellung an die andere reiht. Die einfachste Form der apperzeptiven Verbindung ist die Beziehung zweier psychischer Erlebnisse auf einander. Psychische Größen lassen sich allerdings nur nach ihrem relativen Werte vergleichen (Gesetz der psychischen Relationen). Ferner herrscht dabei das Bestreben vor, größte Unterschiede als Gegensätze anzusehen (Gesetz des psychischen Kontrastes). Von der einfachen Vergleichung gelangen wir zur Synthese und Analyse, aus deren Anwendung sich ein Gedankenablauf entwickelt. Die Synthese zweier psychischer Elemente geht nach dem Gesetz der psychischen Resultanten vor sich, nach welchem der neue Komplex außer den Eigenschaften der Bestandteile noch neue selbständige besitzt (Wertwachstum im Gegensatz zur physischen Konstanz). Die seelischen Vorgänge sind demnach einer besonderen, psychologischen Kausalität unterworfen.

Während weiter die Phantasietätigkeit „in der Nacherzeugung wirklicher oder der Wirklichkeit analoger zusammengesetzter Erlebnisse“ (79) besteht und in freier, willkürlicher Synthese und Analyse mit den Vorstellungen schaltet und waltet, verstehen wir unter Verstandstätigkeit die Auffassung der Übereinstimmungen und Unterschiede, sowie die aus diesen sich entwickelnden sonstigen logischen Verhältnisse der Erfahrungsinhalte“ (80). Durch die analytische Gliederung eines Gedankens in seine Bestandteile, welche in eine neue Beziehung zu einander gebracht werden, entsteht ein Urteil welches sprachlich durch den Satz dargestellt wird. Aus mehreren Urteilen geht als Endresultat der Schluß hervor. Die durch ein Urteil gebildeten Zerlegungsprodukte einer Gesamtvorstellung, eines Gedankens nennt man Begriffsvorstellungen, und zwar unterscheidet man Begriffe von Gegenständen, Eigenschaften, Zuständen. Sie sind von dem Begriffsgefühl begleitet und entstehen, indem das Wesentliche, das mehrere Vorstellungen gemeinsam haben, von dem Unwichtigen getrennt wird. Von dem einfachen konkreten Begriffe steigt die Begriffsbildung zu dem allgemeinen konkreten, aus zahlreichen Partialvorstellungen zusammengesetzten Begriffe, dessen loses Gebäude nur durch das gemeinsame Bindeglied der Sprachvorstellung zusammengehalten wird. Auch die Beziehungsbegriffe, z. B. Vorstellungen der Gleichheit, Ähnlichkeit, entwickeln sich aus zuerst einfachen, dann immer komplizierter werdenden Vorstellungsgruppen.

Während der konkrete Begriff auf Empfindungen und deren Erinnerungsbilder zurückgeht, fehlt diese Beziehung dem abstrakten Begriffe (z. B. Treue). Er entsteht, wenn unsere Phantasietätigkeit die niedergelegten Erinnerungsbilder schöpferisch zu neuen Verbindungen zusammenfügt, denen kein entsprechendes Objekt in der Außenwelt entspricht. Wir verbinden daher mit diesen Begriffen keine sinnlich anschauliche Vorstellung und vermögen dieselben nur mit Hilfe der sprachlichen Symbole festzuhalten.

Was das vielumstrittene, im letzten Kapitel der Arbeit genauer besprochene Problem der Willensfreiheit anbetrifft, welches durch die Psychologie nicht gelöst werden kann, sondern vielmehr ein Gegenstand der Metaphysik sein muß, so hält Wundt nur den psychologischen Determinismus für gerechtfertigt. Nach ihm zeigt uns unser unzweifelhaft vorhandenes Freiheitsbewußtsein, daß wir ohne äußeren oder inneren Zwang zu handeln vermögen. Die sozialen Verhältnisse haben auf unser Handeln zwar Einfluß, sind aber nicht allein für dasselbe maßgebend. „Indem die Motive zunächst auf die Persönlichkeit wirken, welche sich dann wollend entscheidet, entspringen die Handlungen im Charakter des Menschen. Dieser ist nur teilweise ein Erzeugnis der Lebensschicksale, sein Kern ist etwas Ursprüngliches, das ins Leben als Erbteil der Ahnen mitgebracht wird, als ein Totaleffekt vorangegangener geistiger Kausalität, der selbst zur Ursache wird [19]). Die Entstehung des Charakters beginnt daher nicht mit dem Leben des einzelnen, sondern wurzelt in der „Unendlichkeit der geistigen Entwickelung“. Durch die Lebenserfahrung wird er geläutert und befestigt. „So erhält der Wille, je reifer er wird und je mehr er sich von seiner ursprünglichen Naturbestimmtheit entfernt, immer mehr eine Richtung, die schon in der äußeren Erscheinung einer kausalen geistigen Notwendigkeit nahe kommt“ ([77]).

Um zum Schlusse zu gelangen, wollen wir die Anschauung Wundts von der Auffassung der Seele als der Gesamtheit der in uns stattfindenden psychischen Prozesse, als eines Vorgangs, nicht einer Substanz nur kurz berühren (Aktualitätslehre).

Desgleichen wollen wir nur im Vorbeigehen erwähnen, daß Wundt den psychophysischen Parallelismus, den kausalen Zusammenhang zwischen Leib und Seele, nur für die Glieder „physiologischer Nervenreiz-Empfindung“ anerkennt, dagegen für die höhere psychische Tätigkeit, soweit sie ihres sinnlichen Inhalts entkleidet wird, in Abrede stellt und den Vorgängen der voneinander wesensverschiedenen Außen- und Innenwelt, insofern sie über die erwähnte Grenze hinausgehen, je eine besondere Kausalität zuschreibt.

Allgemeine Psychopathologie.

I. Störungen des Wahrnehmungsvermögens.

Die Sinnesempfindung wird alteriert, wenn die Empfindlichkeit der nervösen Apparate gegenüber Sinnesreizen abnorm herabgesetzt oder gesteigert wird (Anästhesie = Aufhebung der Tastempfindlichkeit — Hyperästhesie = gesteigerte Tastempfindlichkeit, Analgesie = Mangel an Schmerzempfindung — Hyperalgesie = gesteigerte Schmerzempfindung). Die inhaltlichen Störungen der Empfindungen zerlegen wir in Halluzinationen und Illusionen. Erstere sind Sinneswahrnehmungen, denen kein äußerer Sinneseindruck, sondern ein im Nervensystem oder im Gehirn selbst enstandener Reiz entspricht. Sie können z. B. durch krankhafte, zentripetal nach dem Gehirn weiter gemeldete Störungen (Blutstauung) in den äußeren Sinnesorganen oder der peripheren Sinnesbahn entstehen und werden dann elementare Sinnestäuschungen genannt (Lichtblitze, Ohrensausen). Oder sie werden durch pathologische Veränderungen (z. B. Entzündungsreize) in den Endstationen der Sinnesbahn in der Rinde, den zentralen Sinnesflächen (Gesichts-, Gehörszentrum usw.) verursacht (Perzeptionstäuschungen). Wegen ihres einförmigen Charakters bezeichnet man letztere als stabile Halluzinationen. Deutlicher werden alle diese Täuschungen, wenn der Kranke seine Aufmerksamkeit auf dieselben richtet oder wenn er gemütlich erregt ist. Halluzinationen ganz anderer Art entstehen, wenn durch Vorstellungen von besonders plastischer Deutlichkeit und großer Energie zentrifugal verlaufende, rückläufige Erregung der zentralen Sinnesflächen hervorgerufen wird (Psychische Halluzinationen). Wir wissen nun, „daß die Erregungszustände dieser letzteren die Form sinnlicher Wahrnehmung annehmen müssen, weil ja alle Sinneseindrücke eben durch Vermittlung jener Erregungen in unser Bewußtsein eintreten können. Wenn es demnach diese Hirnabschnitte sind, durch deren Erregung die Wahrnehmung ihre sinnliche Eigenart erhält, so liegt es nahe, eine größere oder geringere Beteiligung derselben an dem Vorgang der lebhaften Wiedererneuerung früherer Eindrücke zu vermuten. Eine derartige Anschauung würde namentlich gut die Tatsache erklären, daß zwischen der Sinnestäuschung von vollkommenster sinnlicher Deutlichkeit und der abgeblaßtesten Erinnerung eine ununterbrochene Reihe von Übergangsstufen liegt, ein Verhalten, das sich durch die Annahme einer stärkeren oder schwächeren Miterregung der Sinnesstätten am ungezwungensten erklärt. Möglich, daß sogar beim gewöhnlichen Denken die rückläufige Reizung, die „Reperzeption“, wie Kahlbaum

sie genannt hat, in sehr geringer Stärke immer stattfindet und daß erst dann, wenn dieser Vorgang eine krankhafte Ausdehnung gewinnt oder wenn die Sinnesstätten sich in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit befinden, die Lebhaftigkeit der Erinnerungsbilder derjenigen der sinnlichen Wahrnehmung sich annähert“ [36]). Das Zustandekommen der Halluzinationen wird dadurch befördert, daß wir gewöhnt sind, Sinneseindrücke auf dem Wege über die Sinneswerkzeuge von außen her zu erhalten. Wir verlegen daher jeden Reiz, der z. B. das Gehörszentrum im Gehirn trifft, in die Außenwelt (Gesetz der exzentrischen Projektion), ohne zu fragen ob er auch aus derselben kommt oder vielleicht durch krankhafte Prozesse im Zentralnervensystem selbst entsteht. Durch die räumliche Lokalisation der Halluziationen wird das Gefühl für ihre Wirklichkeit verstärkt.

Schon bei dem Gesunden können vorübergehend Sinnestäuschungen auftreten, wenn er lebhaft erregt ist, vor allem bei dem Künstler und Dichter. Er bleibt sich aber stets der Irrealität der Erscheinung bewußt, obwohl er gewöhnt ist, im allgemeinen sich auf seine Sinneswahrnehmungen zu verlassen. Der Geisteskranke dagegen, dessen Selbstbewußtsein verändert, dessen Urteil geschwächt, dessen Aufmerksamkeit herabgesetzt ist, glaubt sehr leicht an die Wirklichkeit dieser plastisch gewordenen Gedanken.

Was die Verbreitung der Halluzinationen anbelangt, so beobachten wir Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks-, Geruchs-, Berührungs- (haptische) Halluzinationen, sowie solche der Organempfindungen und des Muskelsinnes (kinästhetische Halluzinationen).

Besonders deutlich zeigen die Gehörstäuschungen bei der dementia praecox ihre Entstehung aus der erhöhten Reizbarkeit der Vorstellungs- und Sinneszentren, insofern als diese Kranken darüber klagen, daß ihre Gedanken sowie die Worte, welche sie lesen, laut werden, sodaß fremde Personen in ihrer Seele lesen könnten (Doppeldenken). Sie hören sogar mitunter mehrere Personen sprechen, die miteinander streitenden Motive werden personifiziert.

Bei längerer Dauer gewinnen besonders die Halluzinationen, welche in den krankhaft veränderten Denkvorgängen ihren Ursprung haben, infolge ihrer Übereinstimmung mit den pathologischen Vermutungen, Stimmungen und Wünschen einen mächtigen Einfluß auf den Kranken. Ein Halluzinant ist daher, solange die gemütliche Erregbarkeit noch nicht abgestumpft ist, stets ein gefährlicher Mensch, der leicht geneigt ist, sich gegen die vermeintlichen Gestalten seiner Verfolger, gegen die gehörten Schimpfworte, die deutlich gefühlten Schläge und Stiche seiner unsichtbaren Feinde zu wehren. Oder er

gehorcht vermeintlichen Befehlen Gottes und mordet seine Kinder. Aber auch hemmend können die Halluzinationen auf den Willen wirken, wie die öfters auf imperativen Halluzinationen beruhende Nahrungsverweigerung beweist.

Im Gegensatze zu den Halluzinationen werden die Illusionen durch äußere Sinneseindrücke veranlaßt und zwar entstehen sie dadurch, daß bei krankhafter zentraler Erregung affektbetonte Erinnerungsbilder in phantastischer und regelloser Weise sich assoziativ mit Sinneseindrücken verbinden und dieselben nach Art der Assimilation in ihrem Sinne umgestalten. Ein derartiger Kranker hört aus dem Husten des Nachbarn Schimpfworte, erblickt in den Gesichtern der Umgebung Teufelsfratzen und faßt krankhafte Reizung seiner Sexualorgane als Notzuchtsattentat auf (vgl. incubi der Hexen). Häufig sind Halluzinationen und Illusionen nicht zu trennen, da nicht immer festgestellt werden kann, ob ein äußerer Reiz vorhanden war oder nicht.

Die Fähigkeit der Auffassung und Verwertung der Sinneseindrücke wird Besonnenheit genannt. Sie ist in hohem Grade von dem Zustande des Bewußtseins abhängig. Je nach dem verschiedenen Helligkeitsgrade desselben beobachten wir einfache Auffassungsstörung schon bei der Ermüdung und Erschöpfung, Dämmerzustände bei Hysterischen urd Epileptischen usw., welche durch zeitliche und räumliche Unorientiertheit, Störung der Ideenassoziation, Vorbeireden uud völligen oder teilweisen Erinnerungsdefekt charakterisiert sind, endlich Delirien (tiefe Bewußtseinsstörung, Halluzinationen, lebhafter Bewegungstrieb) und völlige Bewußtlosigkeit (coma). Verwandt mit der Bewußtseinsstörung ist der Schlaf, bei welchem äußere Reize nicht mehr zum Bewußtsein gelangen und die Willensvorgänge gelähmt sind. Dem Dämmerzustand nahe steht der Traum, dessen Vorstellungswelt besonders durch illusionistisch aufgefaßte Körperreize, seltener durch Halluzinationen angeregt wird, und welcher die Apperzeption gegenüber der Assoziation in den Hintergrund treten läßt. Kommen bei Nervösen Willenshandlungen im Traume vor, so nennt man diesen Zustand Noctambulismus oder Somnambulismus. Ähnliche Kennzeichen bietet die Hypnose dar, welche eine durch Suggestion, d. h. Einwirkung von gefühlsbetonten Vorstellungen veranlaßte einseitige Richtung der Aufmerksamkeit und des Willens, sowie Erregung der Sinneszentren bedeutet. Ein wesentliches Hindernis für den Wahrnehmungsgang ist endlich die Störung der Aufmerksamkeit. Während wir bei dem tief Verblödeten Erloschensein derselben, bei dem Katatoniker krankhafte Unterdrückung oder Sperrung,

bei dem manisch-depressiven Irresein Hemmung der Aufmerksamkeit beobachten (die Sinneseindrücke rufen keine Resonanzerscheinungen hervor), lassen andere Kranke eine abnorme Beeinflußbarkeit der Aufmerksameit und vermehrte Ablenkbarkeit (Aufmersamkeitsstörung mit Erregung der Sinneszentren) erkennen, welche ebenfalls einer klaren Auffassung der äußeren Eindrücke im Wege stehen.

II. Störungen der Verstandestätigkeit.

Die Denktätigkeit wird naturgemäß beeinträchtigt, wenn die Erwerbung des Denkmaterials, welches bei Neubildung von Begriffen zum Vergleich dienen soll, geschädigt ist, wenn z. B. die Merkfähigkeit, d. h. die Fähigkeit, neue Vorstellungen zu erwerben, oder die Erinnerungsfestigkeit früher erworbener Vorstellungen (Gedächtnis) herabgesetzt ist. Oft sind mit diesen Gedächtnisstörungen Parammesien, Erinnerungsentstellungen (unrichtige Darstellung wirklicher Vorgänge), Erinnerungsfälschungen oder Halluzinationen der Erinnerung (völlig freie Erfindung nicht existierender Vorgänge) verbunden. Außer der Gedächtnisstörung steht der Mangel an Aufmerksamkeit und Interesse der Begriffsbildung bei Geisteskranken und Geistesschwachen oft hindernd im Wege. Er veranlaßt, daß die sinnlichen Eindrücke nicht lange genug einwirken können, um ein wirklich scharfes allseitiges Bild des betreffenden Gegenstandes zu hinterlassen. Es wird dann nicht zu den so wichtigen Assoziationen des Grundes und Zweckes kommen, welche in der mit dem Gefühl der Spannung verbundenen und nach Herbeiführung eines Urteils drängenden Neugier und Wißbegierde ihre Quelle haben. Infolge des mangelnden Interesses werden die Erfahrungstatsachen von den Kranken nicht genau mit Rücksicht auf ihre Ursache, ihren Zusammenhang und etwaige Folgen erforscht, sie werden nicht nach ihrem Werte in die alten Vorstellungsreihen eingeordnet, alle Erlebnisse bleiben Einzelerfahrungen, welche bald vergessen werden, kurz, es kommt nicht zur Erkennung des inneren Zusammenhanges der Dinge und zur Bildung einer Lebenserfahrung (besonders bei angeborener Geistesschwäche). Infolge seines geringen Erfahrungsschatzes ist der Geistesschwache zeitlebens äußeren Beeinflussungen leicht zugänglich. Besonders wird er sich leicht vom äußeren Schein blenden lassen, da ihm Zweifel und Kritik mangeln. Durch die unvollkommene Auffassung der Sinneseindrücke, das Fehlen einer genauen Erinnerung, das Übermaß an Phantasie, den Mangel an Verantwortlichkeitsgefühl, nicht zuletzt durch Eitelkeit wird er oft zur Lüge veranlaßt, welche

teils bewußt, teils unbewußt zu den abenteuerlichsten Fälschungen führen kann (pseudologia phantastica).

Zu den formalen Störungen des Gedankenganges gehört die Denklähmung (Erschlaffung der Apperzeption) verblödeter Kranker, welche mit Ausfall der Erinnerungsbilder und Stillstand der Gedankentätigkeit einhergeht. Die Hemmung der Melancholiker ist dagegen als eine unter dem Einfluße gemütlicher Verstimmung hervorgerufene übermäßige Ausbreitung der apperzeptiven Hemmungserscheinungen aufzufassen. Sie ist oft mit Erschwerung der motorischen Bewegungen verbunden und kann bis zu allgemeiner Hemmung (Stupor) führen. Als Gegenstück finden wir bei den Manischen die Beschleunigung und Erleichterung des Gedankenablaufs, welche sich bis zur Ideenflucht steigern kann. Während das Denken des Gesunden durch richtunggebende Obervorstellungen dirigiert wird, ist die Ideenflucht nach Liepmann „dadurch charakterisiert, daß diese Wirksamkeit der Obervorstellungen fortfällt oder exzessiv abgeschwächt ist, daß nicht ein Vorausgedachtes sich in einer Reihe von Gliedern expliziert, sondern daß immer ein dem letzten oder einem der letzten assoziativ innigst verknüpftes oder durch einen Sinneseindruck erwecktes Glied folgt, sodaß auf Schritt und Tritt jenes Abspringen erfolgt, das der Gesunde im alltäglichen Leben nur abschnittweise auf gewichtige Anlässe zeigt. Wir sehen ferner, daß dasjenige, was den Vorstellungen in jedem Gedankengange den Wertigkeitsunterschied gibt, was gewisse Vorstellungen zu Obervorstellungen macht, zusammenfällt mit dem, was man Aufmerksamkeit nennt. Der Ideenflüchtige zeigt den höchsten Grad von Unbeständigkeit. Jedes Auftauchende — summarisch ausgedrückt — bemächtigt sich der Aufmerksamkeit! Brüderlichkeit und Gleichheit herrscht unter den Vorstellungen — quoad Aufmerksamkeit. Und zwar erhält nicht jede gleich wenig Aufmerksamkeit, sondern jeder wird eine erhebliche psychische Energie zugewendet, die, welche im gesunden Denken nur dem „Wellengipfel" zuteil wird." [43]) Weiter haben wir noch Gelegenheit, Einförmigkeit, Weitschweifigkeit, Umständlichkeit (epileptischer Schwachsinn), sowie Zerfahrenheit (Verlust des äußeren und inneren Zusammenhangs) des Gedankengangs zu beobachten.

Sind die Kranken außerstande, das Ichbewußtsein mit den Sinneseindrücken der Umgebung oder mit Zeitbegriffen in Beziehung zu bringen, so spricht man von räumlicher und zeitlicher Desorientiertheit, welche nach Wernicke das wichtigste Kennzeichen der Psychose darstellt. Der Fehler kann nach Kräpelin entweder in einer krankhaften Änderung der Auffassung infolge mangelnder geistiger Reg-

samkeit (apathische Desorientierung bei dementia praecox), einer Störung des Gedächtnisses (amnestische Desorientierung bei Korsakowscher Psychose) oder des Urteils (wahnhafte Desorientierung bei dementia paranoides) liegen. Wahrscheinlich beruht die Überschätzung von Zeitabschnitten bei geistig geschwächten Kranken oft auf der gesteigerten Ablenkbarkeit derselben, welche bewirkt, daß während eines Zeitraums eine große Menge von nicht weiter verwendeten Sinneseindrücken aufgenommen und so eine lange Zeitdauer vorgetäuscht wird. Tritt zu der Unorientiertheit Zusammenhangslosigkeit des Gedankengangs und Planlosigkeit in den mimischen und pantomimischen Ausdrucksbewegungen, so spricht man von Verwirrtheit, welche uns als halluzinatorische, stuporöse, ideenflüchtige, zerfahrene und kombinatorische (durch das Eindringen von Wahnideen wird die Ordnung des Gedankenganges gestört) Verwirrtheit entgegentritt.

Unterbrechung erleidet der Gedankenzusammenhang auch durch Zwangsvorstellungen, d. h. sich gewaltsam aufdrängende, als krankhaft erkannte, peinliche Vorstellungen, welche oft bei Entarteten vorkommen (Zahlen-, Namenzwang, Grübel- und Fragesucht). Störend wirkt auch die infolge Fehlens gefühlsbetonter Ziel-Vorstellungen auftretende Perseveration, das Kleben einzelner Vorstellungen.

Den mächtigsten Einfluß auf die Denkvorgänge gewinnen aber die Wahnideen, d. h. „krankhaft verfälschte Vorstellungen, die der Berichtigung durch Beweisgründe nicht zugänglich sind" ([37]). Freilich sind auch die Glaubensvorstellungen des Gesunden, welche die Lücken seiner Erfahrung zu schließen bestimmt sind, sobald sie einmal festgewurzelt sind (Aberglaube, Vorurteil), nicht durch Gründe widerlegbar. Es muß daher noch mehr hinzukommen, ehe wir von Wahn sprechen dürfen. Nach Kräpelin „liegt der Ausbildung von Wahnideen eine allgemeine Störung des psychischen Gesamtzustandes zugrunde. Angeregt wird die Wahnbildung wohl immer durch Gefühlsschwankungen, welche schlummernde Hoffnungen und Befürchtungen in Einbildungsvorstellungen umsetzen. Daß aber diese Vorstellungen zum Wahne werden, eine Macht gewinnen, gegen die am Ende selbst der Augenschein ohnmächtig ist, kann nur durch das Versagen unserer Urteilsfähigkeit zustande kommen, wie es in einem Falle durch leidenschaftliche gemütliche Erregbarkeit, im anderen durch Trübung des Bewußtseins, im dritten durch die Verstandesschwäche bedingt ist" ([38]). Bei den heilbaren Krankheiten blassen nach Ablauf der Krankheit die Wahnideen ab, verlieren ihren Einfluß auf das Handeln des Betreffenden und verschwinden meist ganz. Endet die Krankheit mit Verfall in geistige Schwäche, so nehmen die

Wahnideen immer mehr den Charakter des Abenteuerlichen und Unsinnigen an (progressive Paralyse, dementia paranoides).

Einen anderen Verlauf nimmt die Wahnbildung bei der Paranoia (Verrücktheit). Hier entsteht der Wahn meist infolge einer Affektstörung (Specht, Bleuler), aus der Entwickelung krankhafter Organgefühle und einer pathologischen Betonung des Persönlichkeitsbewußtseins. „Wenn Einbildungsvorstellungen durch gemütliche Erschütterungen erzeugt werden, so werden sie sich naturgemäß in erster Linie auf die Lage der eigenen Persönlichkeit und deren nächste Beziehungen erstrecken. Sie wurzeln rascher, fester und mit größerer Überzeugungskraft in unserem Innern als fernliegende, gleichgültige Erfahrungen. Zudem sind diese Vorstellungen einer Berichtigung bei weitem am schwersten zugänglich, schon im gesunden Leben“ [39]). Die weitere Folge ist daher, daß sich allmählich falsche Beziehungsvorstellungen zwischen dem Ich und der Außenwelt bilden. Aus dem anfänglichen Mißtrauen, den Ahnungen und Vermutungen wird schließlich die Beziehungs- und Verfolgungsidee geboren, zu welcher sich Größenwahn gesellen kann (viel Verfolgung — viel Ehre). Die mitunter auftretenden Halluzinationen bilden in diesem Falle nicht die Ursache des Wahns, sondern sie fassen ihn nur in Worte und befestigen ihn. Während bei dieser Krankheit die formalen Leistungen der gedanklichen Verknüpfung, wie Erkennen, Wiedererkennen, Gedächtnis, gewöhnlich völlig unberührt sind und der Kranke in Fragen, welche sein gemütliches Interesse nicht berühren, hohe Intelligenz aufweist, zeigt sich die Urteilsbildung als geschädigt, sobald es sich um Dinge handelt, welche die Persönlichkeit der Person und ihr Gefühlsleben betreffen. Ist es erst zum logischen Ausbau eines Systems von Wahnideen, zu völliger Verrückung des Standpunktes gekommen, von welchem aus der Kranke die Welt betrachtet, so ist Heilung gewöhnlich nicht mehr zu erwarten.

Diejenige Gruppe von Vorstellungen, welche die Eindrücke jeden Augenblicks zu einem einheitlichen Ganzen vereinigt und einen konstanten Zusammenhang der Erfahrungsweise gewährleistet, das Selbstbewußtsein, kann Störungen erleiden, wenn der Zusammenhang der geistigen Erlebnisse durch Ohnmachten, Dämmerzustände oder Delirien unterbrochen wird. Bei der Hysterie kommen z. B. Zustände vor, in denen das Selbstbewußtsein gespalten ist, und der Kranke gewissermaßen in mehrere, nach einander auftretende Persönlichkeiten zerfällt. Eine Veränderung erleidet das Selbstbewußtsein ferner durch Stimmungsanomalien, besonders bei dem manisch-

depressiven Irresein und der Paralyse. Bei letzterer geht schließlich mit zunehmender Verblödung der Zusammenhang der geistigen Persönlichkeit völlig zugrunde.

III. Störungen der Gefühle.

Während wir unseren Vorstellungen, welche teilweise in einer loseren Verbindung zu dem Ich stehen, kritisch gegenüber zu treten vermögen, sind wir unseren Gefühlszuständen gegenüber dazu nicht in der Lage, weil sie stets ein einheitliches Gesamtgefühl darstellen und den eigentlichen Inhalt der geistigen Persönlichkeit bilden. Die Störungen des Gefühlslebens unterscheiden sich auch dadurch von denen der Verstandesfunktion, daß erstere von dem Laien meist lange Zeit nicht als krankhaft erkannt werden, daß hingegen Denkschädigungen meist bald richtig eingeschätzt werden. Der Grund dafür ist wohl in der großen Verschiedenheit der gemütlichen Reaktion auf Reize zu suchen, wie sie bei dem Gesunden mit Rücksicht auf Alter, Geschlecht, Rasse, sowie unter dem Einflusse des Milieus und besonderer Verhältnisse zu beachten ist. Macht der krankhafte Prozeß weitere Fortschritte, so fällt schließlich auch der Umgebung eine deutliche Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit und auffällige Teilnahmlosigkeit gegenüber den Angehörigen und den Erscheinungen der Außenwelt bei manchen Kranken auf. Vor allem gehen die höheren, an abstrakte Begriffe geknüpften, zusammengesetzten Gefühle, welche uns durch das ganze Leben begleiten, die niederen sinnlichen Gefühle bändigen und die Geschlossenheit des Charakters bedingen, zugrunde. Die Folge ist, daß der Kranke nur noch Interesse für seine Person und die Befriedigung seiner sinnlichen Bedürfnisse hat, allen höheren geistigen Bestrebungen, Kunstgenüssen, den Geboten der Religion, Sittlichkeit, der Gesellschaft, der Nächsten- und Vaterlandsliebe aber gleichgültig gegenübersteht (Paralyse, Altersblödsinn, Jugendirresinn). Während diese gemütliche Abstumpfung sich meist langsam entwickelt, kann die Steigerung der gemütlichen Erregbarkeit sehr plötzlich auftreten (Manie, Paralyse, Katatonie, Epilepsie). Häufig geht damit auffällige Veränderlichkeit der Stimmung und gesteigerte Beeinflußbarkeit Hand in Hand (Hysterie).

Vorwiegende Unlustbetonung der Empfindungen und Vorstellungen kommt noch in der Breite der geistigen Gesundheit, bei Pessimisten und Sonderlingen vor. In ausgesprochenem Maße tritt sie uns aber als einfache oder gereizte Verstimmung bei der Melancholie, dem manisch-depressiven Irresein, der Epilepsie sowie im Anfang der Paralyse und Katatonie entgegen. Verbunden ist die gemütliche

Depression oft mit einer Hemmung der Denk- und Willensvorgänge (manisch-depressives Irresein). Infolge der Gefühle der inneren Hemmung und Öde tauchen in dem Kranken allerhand quälende Vermutungen auf, welche schließlich in Versündigungs- und Kleinheitsideen übergehen können. Ist die Unlust mit Spannungsgefühlen verbunden, so entwickelt sich der Affekt der Angst, welcher mit den verschiedensten körperlichen Begleiterscheinungen, z. B. Herzklopfen, beschleunigter Atmung, Blässe der Haut, Zittern der Glieder, Schweißbildung, Harn- und Darmabsonderung verknüpft ist und sich in lebhaften mimischen und pantomimischen Bewegungen oder energischen Handlungen, bisweilen sogar Mord- und Selbstmordversuchen entladen kann (Melancholie, epileptischer Dämmerzustand, Paralyse, Beginn der Katatonie). Zwangsbefürchtungen, Phobien nennen wir die Zustände, in denen sich Angstgefühle an bestimmte Vorstellungen anschließen und Überlegung sowie Willenstätigkeit vollständig beherrschen. Die Platzangst und die Furcht, Verbrechen begehen zu müssen, sind Beispiele dafür.

Das Gegenstück des depressiven Affekts, die übertriebene Lustbetonung der Eindrücke, welche in schwächerem Maße schon der Sanguiniker darbietet, steigert sich beim Manischen zu einem unermeßlichen Glücksgefühl. Auch beim Paralytiker findet sich oft eine ausgesprochene Lustempfindung, während das läppische Lachen des Hebephrenikers (Jugendirresinn) meist der Stimmung und dem Vorstellungsinhalt nicht entspricht. Ferner finden wir die religiöse und sinnliche Überschwenglichkeit des Schwärmers in erhöhtem Maße bei dem Hysterischen, die gemütliche Oberflächlichkeit des Leichtsinnigen bei dem schwachsinnigen gefühlsstumpfen Verbrecher in verstärktem Grade wieder.

Häufig beobachten wir bei dem Geisteskranken auch eine deutliche Störung der Gemeingefühle, welche uns an die Bedürfnisse unseres Leibes erinnern und zu deren Befriedigung mahnen. Bei manchen Kranken ist z. B. das Hungergefühl geschwunden, sodaß sie künstlich gefüttert werden müssen, andere wieder zeigen gefräßigen Heißhunger. Verblödete Kranke verzehren oft ihren eigenen Kot, ohne Ekel zu empfinden. Dem Hebephreniker fehlt das Lustgefühl, welches mit der Arbeit verbunden ist und das peinliche Gefühl der Langeweile nicht aufkommen läßt. Der Manische kennt dagegen kein Ermüdungsgefühl und gebraucht seine Muskeln bis zur Erschöpfung. Weiter fügen sich manche Kranke infolge von Herabsetzung des Schmerzgefühls die gräßlichsten Verletzungen zu (reißen z. B. die Därme aus dem Leibe). Wesentliche Störungen erleiden auch öfter die sexuellen Gefühle. Wir finden z. B. Steigerung der

geschlechtlichen Erregbarkeit bei dementia praecox, Idiotie, Altersblödsinn und manischer Erregung, dagegen Herabsetzung derselben oft bei Hysterie. Hereditär Belastete weisen oft als alleiniges Merkmal der Entwickelungsstörung oder verbunden mit anderen Krankheitserscheinungen Störungen des Sexualgefühls auf, welche zu perversen geschlechtlichen Handlungen führen.

IV. Störungen des Handelns.

Da die Willenstätigkeit kein isoliert dastehendes Seelenvermögen ist, sondern in engstem Zusammenhang mit unserer gesamten seelischen Tätigkeit steht und aus derselben als Ergebnis hervorgeht, so ist es klar, daß alle Störungen, welche einzelne Gebiete unserer geistigen Funktionen treffen, auch das Handeln berühren müssen. Besprochen wurden bereits die krankhaften Veränderungen der Motive des Handelns, welche sich in Sinnestäuschungen, Gedächtnisdefekten, Störungen der Ideenverknüpfungen, Urteilsschwäche und Bildung von Wahnideen kundgeben können. Desgleichen kommen die früher ausgeführten pathologischen Veränderungen der Triebfedern des Handelns, der Gefühlsvorgänge, in Frage. Leider sind wir nicht immer imstande, die einzelnen Faktoren einer Willenshandlung klar zu übersehen, sondern wir vermögen nur das Endresultat, die Tat zu beobachten. Höchstens können wir aus den begleitenden mimischen und pantomimischen Bewegungen uns ein ungefähres Bild von den in der Psyche sich abspielenden Prozessen machen.

Tritt eine Abstumpfung des Gefühlslebens ein (Jugendirresinn, Paralyse, Altersblödsinn), so leidet zugleich die Initiative, es bildet sich zunehmende Willensschwäche aus, welche nur noch Handlungen zuläßt, die zur Befriedigung sinnlicher Triebe dienen (Willensverblödung). Ganz anders zu beurteilen ist die Hemmung und Verlangsamung der Willenstätigkeit während der depressiven Phase des manisch-depressiven Irreseins. Nach Hellpach ist es nicht eine Störung der Motive oder der als Triebfeder dienenden Gefühle, welche diesen Vorgang veranlaßt, sondern eine Beeinträchtigung der Innervation der Bewegung. Daher das Gefühl des Unvermögens, der Schwere in den Gliedern. Dafür spricht auch, daß der Patient, solange er nur deprimiert ist, diese Veränderung meist nicht als krankhaft empfindet, sondern als Folge von Sorgen usw. hinstellt, während er den Eintritt dieser Innervationshemmung deutlich als pathologischen Vorgang auffaßt.

Bei anderen Kranken beobachten wir das Gegenteil, nämlich übermäßige Steigerung der Antriebe zum Handeln, z. B. bei Manie und Katatonie. Während aber der Manische bei seiner Vielgeschäftig-

keit Ziel und Zweck erkennen läßt, erfüllt den Katatoniker ein sinnloser, oft die eigene Person schädigender Bewegungsdrang. Die erleichterte Ausführung von Bewegungen, wie wir sie bei dem Betrunkenen, dem Manischen und Schwachsinnigen vorfinden, beruht offenbar auf einem Mangel an Hemmungen und auf pathologischer Gefühlsbetonung der Vorstellungen, welche die Einwirkung sittlicher Grundsätze, die ruhige Abwägung der Motive unmöglich macht. Häufig beobachtet man auch bei diesen Kranken, wie schon normaler Weise bei dem Kind und der Frau eine erhöhte Beeinflußbarkeit, welche sie von zufälligen äußeren Einwirkungen abhängig werden läßt. Infolgedessen gewinnt die Willenstätigkeit der Betreffenden den Charakter des Wechselvollen und Planlosen. Besonders tritt diese gesteigerte Suggestibilität, hier Befehlsautomatie genannt, bei dem Katatoniker hervor, welcher seine Glieder in die unbequemsten Stellungen bringen läßt und in diesen lange Zeit festhält (Katalepsie, flexibilitas cerea (beim Bewegen der Glieder zäher Widerstand, als ob die Muskulatur aus Wachs wäre), welcher häufig die Bewegungen oder Reden anderer genau nachahmt (Echopraxie, Echolalie) und sogar Befehlen folgt, auch wenn ihm dadurch Nachteil droht, z. B. die Zunge herausstreckt, auch wenn sie anscheinend durchbohrt werden soll. Neben dieser Erscheinung beobachten wir oft bei denselben Kranken den nach Hellpach in gewissen Fällen auf Autosuggestion beruhenden Negativismus, das Widerstreben gegen äußere Einflüsse. Je nachdem nun Auto- oder Fremdsuggestion überwiegt, entsteht nach Hellpach die Erscheinung des Negativismus oder der Befehlsautomatie. Der Negativismus kann sich auf einen rein passiven Widerstand beschränken oder er kann soweit gehen, daß der Kranke die der erwarteten entgegengesetzte Bewegung ausführt. Der Katatoniker setzt daher zeitweise Fragen hartnäckiges Stillschweigen entgegen (Mutismus), weigert sich, zu essen, sich an- und auskleiden zu lassen, bewahrt Speichel und Speisen im Munde auf, hält Kot und Urin zurück, dreht sich um, wenn er angesprochen wird, zieht die Hand zurück, wenn er begrüßt wird usw. Auch die oft halbrichtigen Antworten, welche von ruhigen und klaren Kranken gegeben werden (Paralogie, Danebenreden) gehören hierher. Werden die Willensantriebe fortwährend durch andere durchkreuzt, wie es bei der Katatonie ebenfalls oft vorkommt, so entsteht eine „Entgleisung des Willens“ (Schüle), eine Verschrobenheit des Handelns. Besonders häufig wird die Sprache und die Ausführung der alltäglichen Handlungen durch derartige störende Willensbeeinflussungen verändert. Die Kranken sprechen z. B. in gezierter Weise, in sonderbarem

Rhythmus, mit Fistelstimme, gebrauchen sonderbare Redewendungen, zeigen ein eigenartiges Benehmen beim Grüßen, Laufen und Essen (Manieren, Schrullen); alles dies bedeutet eine Betätigung des Willens auf Umwegen, eine gesuchte, verschnörkelte Ausführung der betreffenden Handlung. Wird der Fortgang der Willenstätigkeit immer durch dieselben Willensvorstellungen unterbrochen, so entsteht die Stereotypie, die stundenlange Festhaltung derselben Stellung (krampfhafter Gesichtsausdruck, starre Haltung) oder Wiederholung derselben Bewegung (Zupfen an Bart oder Kleidern, Schnalzen der Zunge, häufiges Ausstoßen derselben Worte). Wichtig ist, daß bei der Katatonie die normalen Beziehungen, welche sich zwischen Gemüt („Thymopsyche") und Intellekt („Noopsyche") bilden, aufgehoben werden, sodaß die Ausdrucks- und Zweckbewegungen derartiger Kranker deren Vorstellungsinhalt und der gemütlichen Stimmung häufig nicht entsprechen [67]).

Bei verblödeten Katatonikern und Idioten treffen wir außerdem rhythmische Bewegungen einförmiger Art (Nicken des Kopfes, Händeklatschen), welche wohl dadurch zu erklären sind, daß bei diesen Kranken die durch chemische Reize hervorgerufene Tendenz der niederen Hirnzentren, Bewegungen periodisch in rhythmischer Weise zu wiederholen, nicht wie beim Gesunden durch gefühlsbetonte Zielvorstellungen gehemmt wird (Automatische Bewegung).

Reflexoid nennen wir eine Handlung, wenn ein plötzlich von außen kommender Reiz eine Bewegung auslöst, welche nur undeutlich zum Bewußtsein kommt. Wir können uns den Vorgang so erklären, daß in gewissen Zuständen (Erregung, Ermüdung) die sonst unser Tun regulierenden, vom Großhirn ausgehenden Hemmungen, versagen, und infolgedessen der Vorgang nach außen wie ein gewöhnlicher Reflex erscheint.

Bei erblich Belasteten begegnen wir öfter sogenannten Zwangshandlungen, gegen welche dieselben als etwas Fremdartiges — allerdings meist vergeblich — ankämpfen. Wird der Kranke in der Ausführung der Tat gehemmt, so gerät er in die höchste Aufregung, verübt wohl gar Selbstmord.

Zu den Triebhandlungen, welche unter der Herrschaft heftiger sinnlicher Gefühle stehen, das Spiel der Motive vermissen lassen und dem Kranken im Gegensatze zu den Zwangshandlungen nicht als etwas Fremdartiges erscheinen, gehören der Sammel-, Stehl-, Brandstiftungstrieb (Hysterie, Epilepsie), endlich die sexuellen krankhaften Triebe, wie wir sie oft bei Schwachsinnigen und psychopathischen Persönlichkeiten finden. Bekanntlich unterscheiden wir auf diesem

Gebiete die konträre Sexualempfindung (Homosexualität), d. h. den sexuellen Trieb zum gleichen Geschlechte, Sadismus (Wollustempfindung bei grausamen Handlungen), Masochismus (geschlechtliches Lustgefühl beim Ertragen von Demütigungen oder Schmerz), Fetischismus (sexuelle Erregung durch Betasten von Körperteilen oder Kleidungsstücken des weiblichen Geschlechts), schließlich Exhibitionismus (geschlechtliche Befriedigung durch Entblößen der Geschlechtsteile in Gegenwart von Kindern oder Frauen), welch letzterer besonders bei Altersblödsinn und Epilepsie beobachtet wird.

Die Ätiologie der Geisteskrankheiten.

Während die Pubertätszeit besonders Hebephrenie zur Entwickelung kommen läßt, beobachten wir vom 20.—40. Jahre beim Manne Psychosen, welche durch den Daseinskampf, den Alkoholmißbrauch, Syphilis verursacht werden, bei der Frau Geistesstörungen, welche mit Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation in Verbindung stehen. Nach der kürzlich veröffentlichten Ansicht von Bischoff sind allerdings „Geisteskrankheit und vorübergehende abnorme Geisteszustände bei Entbindenden selten und kommen vorwiegend bei Disponierten vor“. Es handelt sich nach ihm meist um Affektverbrechen. „Eine besondere Disposition zum Kindesmorde besitzen geistesschwache ledige Erstgebärende“ ([4]). Im höheren Alter finden wir senile Demenz, Melancholie usw. Wir denken weiter an die verschiedene Disposition der einzelnen Rassen (Juden), die Tropen „und Malarianeurasthenie mit ihren Erregungszuständen, die Psychosen nach Hitzschlag, Sonnenstich, Blitzschlag, die geistigen Erkrankungen bei lange fortgesetzter, mit Aufregungen und Verantwortung verbundener Arbeit (Lehrer, Musiker, Bankier), die Gefahren der Vererbung (Geistes- und Nervenkrankheit, Trunksucht, Selbstmord, Verbrechen bei den Vorfahren), indem wir uns bewußt bleiben, daß nicht jeder erblich Belastete geistig erkranken muß. Ferner wissen wir, daß in der Blutsverwandtschaft „gesunder nicht belasteter Eltern an sich keine Gefahr liegt“ ([47]). Weiter denken wir an die geistigen Störungen, welche sich auf dem Boden von Hirngeschwülsten, Arteriosklerose der Hirngefäße, Nervenkrankheiten (Tabes, Chorea) entwickeln. Ebenso ist bekannt, daß akute und chronische Infektionskrankheiten, Stoffwechselstörungen (Kretinismus, Myxödem), Erkrankungen der Körperorgane (Herzfehler), der Blutgefäße, Vergiftungen aller Art (Alkohol, indischer Hanf, Morphium) zu psychischen Störungen führen können. Ein viel umstrittenes Gebiet war seit langem der Zusammenhang zwischen Ver-

letzungen und Psychosen. Man hat gefunden, „daß nicht nur schwere Verletzungen und direkte Kopfverletzungen psychische und nervöse Störungen im Gefolge haben, sondern daß wir das gleiche auch bei leichten Verletzungen, die den Kopf gar nicht treffen, sehen, ja, daß Individuen psychisch resp. nervös erkranken, die bei dem Unfall, der sich zugetragen, gar keine körperlichen Verletzungen erlitten" ([47]). Die Ursache der Erkrankung (besonders oft traumatische Neurose) ist daher in den meisten Fällen nicht allein die oft leichte Verletzung, sondern „vor allem die starke seelische Erschütterung mit den beunruhigenden, deprimierenden und hypochondrischen Ideen, den Besorgnissen um das eigene Wohl, um die Störung des Berufs und die Erhaltung der Familie". Verschlimmernd wirkt oft der lange Rentenstreit. Betreffs des Zusammenhangs von Paralyse und Verletzung glaubt man zur Zeit, „daß es sich entweder um eine posttraumatische, nur paralyseähnliche Erkrankung handelte, oder daß das Trauma eine Invalidität des Gehirns hervorrief, auf deren Boden die frühere syphilitische Infektion nun zu der Paralyse den Anstoß gibt, oder endlich, daß eine latente Paralyse durch das Trauma zur Entfaltung gebracht ist". Im allgemeinen nimmt man jetzt an, daß die Paralyse meist durch Syphilis veranlaßt wird, daß aber der Boden durch Heredität, angeborene oder erworbene Invalidität des Gehirns vorbereitet sein muß (Näcke, Obersteiner). „Bei den weniger zivilisierten Völkern ist die allgemeine disponierende Grundlage nicht vorhanden, daher die Seltenheit der Paralyse trotz noch so häufiger Syphilis . . . Einen unanfechtbaren Beweis für die ursächliche Bedeutung der Syphilis bei der Paralyse scheint uns die Bakteriologie kürzlich gebracht zu haben. Wassermann und Plaut konnten zeigen, daß in der Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern in 80 Proz. spezifisch luetische Antistoffe nachweisbar waren, die sich in Fällen von Hirnsyphilis nicht fanden" ([47]). Ist Syphilis nicht vorhergegangen und Alkoholismus oder Trauma nur als Ursache der Krankheit anzusehen, so wird es sich gewöhnlich um eine nur paralyseähnliche Krankheit, wie alkoholische Pseudoparalyse oder posttraumatische Demenz handeln. Ob nicht doch einzelne Fälle von echter Paralyse vorkommen, bei welchen Syphilis sicher auszuschließen ist, ist noch nicht völlig entschieden. Praktisch wird man folgendermaßen verfahren müssen: „Waren vor dem Unfall keinerlei Zeichen von einer nervösen oder psychischen Erkrankung vorhanden, war die Verletzung eine erhebliche, die den Kopf direkt getroffen oder doch wenigstens zu einer allgemeinen Erschütterung geführt hat, und hat sich die Paralyse in einem nicht zu langen Zeitraum" (10—20 J.) nach dem Unfall herausgebildet, so

wird sich vom Standpunkt der Unfallversicherungspraxis auch ein ursächlicher Zusammenhang nicht ablehnen lassen" (47).

Betreffs der Gemütserschütterungen als Ursache der Geistesstörungen „herrscht jetzt die Anschauung vor, daß die psychischen Ursachen vielfach früher überschätzt sind, daß es sich bei ihnen oft mehr um das auslösende oder verschlimmernde Moment als um die eigentliche Ursache handelt" (47). Doch läßt sich nicht in Abrede stellen, daß seelische Aufregungen, besonders lange anhaltender Kummer, Reue, Angst vor Strafe bei zur Erkrankung disponierten, psychopathischen Menschen Geistesstörung hervorrufen können.

Weiter sei noch auf die besonders durch die Einzelhaft hervorgerufenenen Gefängnispsychosen (vorwiegend halluzinatorische Verwirrtheit) hingewiesen.

Sexuelle Abstinenz rechnet man jetzt nicht mehr zu den ätiologischen Faktoren der Geistesstörungen, während die Bedeutung der sexuellen Überanstrenguug zweifelhaft ist. Betont werden muß noch, daß in den meisten Fällen eine Kombination von mehreren Ursachen der seelischen Störung zugrunde liegt.

Die wichtigsten Formen der Psychosen.

Nach Kräpelins[1]) Lehrbuch der Psychiatrie 1904, II. Teil pag. 40 ff. mit teilweise wörtlicher Anführung der Ausdrücke. Telegrammstil wurde angewendet, um eine schnelle Übersicht zu ermöglichen. — Abbildungen der wichtigsten Krankheitstypen befinden sich auf der Tafel am Schlusse des Buches.

I. Die **akute Verwirrtheit** (Amentia).

Infolge von äußeren Schädlichkeiten plötzlich traumhafte Bewußtseinsstörung. Erschwerung der Auffassung trotz Aufmerksamkeit. Unorientiertheit, Verworrenheit des Gedankenganges. Massenhafte, wechselnde Halluzinationen und Illusionen. Stimmungswechsel. Gesteigerter Bewegungsdrang. Dauer Monate bis Jahre. Ungefähr 1/3 der Fälle geheilt.

II. **Alkoholische Geistesstörung.**

a) Akute Alkoholvergiftung.

α) einfacher Rausch.

Erschwerung der Auffassung. Verflachung des Gedankenganges. Verlust des Urteils und Überblicks. Gemütliche Reizbarkeit. Zurücktreten der höheren sittlichen Gefühle. Wegfall der Hemmungen.

1) Kräpelins Lehrbuch wurde gewählt, weil es zur Zeit das am meisten gelesene Lehrbuch in Deutschland ist. Zu erwähnen ist hierbei, daß eine Anzahl Autoren Kräpelins Standpunkt nicht teilen.

Störung der feineren Herrschaft über die Bewegungen. Steigerung der motorischen Erregbarkeit. Zuletzt körperliche und geistige Lähmung. Verlauf durch die persönliche Veranlagung beeinflußt.

β) Pathologischer Rausch.

Bei angeborener Intoleranz gegen Alkohol, Hysterie, Epilepsie, nach Kopfverletzung. Nach geringen Dosen Alkohol starke Bewußtseinstrübung ohne stärkere körperliche Lähmung, Halluzinationen, Angst, große Reizbarkeit, sinnlose Erregung, triebartige Gewalttätigkeit.

b) Chronischer Alkoholismus.

α) Entartung des Trinkers.

Gesteigerte Ermüdbarkeit. Erinnerungsstörung. Verarmung des Vorstellungsschatzes. Urteilsschwäche. Wahnbildung. Einzelne Halluzinationen und Illusionen. Reizbarkeit. Gemütliche Stumpfheit. Sittliche Verrohung. Erhöhtes Selbstgefühl. Trinkerhumor. Unstetigkeit. Willensschwäche. Anfangs Fettleibigkeit, später Abmagerung, Blässe, bläuliche Verfärbung der Haut (Zirkulationsstörung). Zittern der Glieder. Unsicherheit der Bewegungen. Nervenentzündung (Neuritis): Reißen in den Gliedern, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Muskeln. Reflexstörungen.

β) Delirium tremens.

Geringe Beeinträchtigung der Besonnenheit (Auffassung und Verwertung von Sinneseindrücken). Ausgesprochene Desorientiertheit. Leichte Bewußtseinstrübung, welche durch Anrufen vorübergehend aufgehellt werden kann. Störung der Merkfähigkeit. Gedächtnis leidlich. Erinnerungsfälschungen. Zahlreiche Täuschungen, besonders des Gesichts, mit dem Charakter sinnlich deutlicher Erlebnisse (Beschäftigungsdelirium), welche sich leicht suggerieren lassen. Stimmung ist Gemisch von Angst und Humor. Unruhige Geschäftigkeit. Gliederzittern. Oft Fieber, Appetitlosigkeit, Störung des Stuhlgangs, starker Schweiß, Eiweiß im Urin. Dauer einige Tage. Verlauf meist günstig. Bisweilen Tod durch Herzschwäche, Lungenentzündung.

γ) Mitunter geht das Delirium tremens in chronisches Delirium (Korssakowsche Psychose) über.

Starke Störung der Merkfähigkeit. Völliger Verlust der Orientierung. Verlangsamung der Auffassung. Erinnerungsfälschungen. Wahnideen, welche ohne Einfluß auf das Handeln sind. Urteil sonst meist gut. Stimmung abwechselnd ängstlich, humoristisch, gleichgültig. Mangel an Initiative. Benehmen nach Ablauf der anfänglichen Unruhe gewöhnlich geordnet. Meist allgemeine Nervenentzündung (Polyneuritis).

δ) Halluzinatorischer Wahnsinn der Trinker.

Schnelle Ausbildung eines zusammenhängenden Verfolgungswahns, besonders infolge von Gehörstäuschungen, dabei fast völlige Klarheit des Bewußtseins. Die Stimmen sprechen meist nicht direkt zu dem Kranken, sondern unterhalten sich über ihn. Meist Wahnideen, besonders Eifersuchtswahn (auch selbständig als Eifersuchtswahn der Trinker auftretend, der sich bei Alkoholentziehung verliert). Mischung von Angst und Humor. Benehmen meist lange geordnet. Schließlich aber als Folge der Täuschungen und Wahnideen gewalttätige Handlungen. Dauer tage- bis monatelang. Meist Heilung. Leicht Rückfälle.

III. **Dementia praecox** (Vorzeitige Verblödung, Jugendirresein). (s. Tafel Fig. 18, 19, 20.)

Auffassung, Orientierung, Gedächtnis ungestört (alle Beobachtungen nur passiv registriert). Urteilsschwäche und Zerfahrenheit des Gedankengangs, Verlust der Persönlichkeit und Initiative = apperzeptive Verblödung (Weygandt). Verlust der inneren Einheitlichkeit der Verstandes-, Gefühls- und Willenstätigkeit, daher Paramimie (Mißverhältnis zwischen Stimmung und Gesichtsausdruck) sowie Verschrobenheit der Handlungen. Gemütliche Abstumpfung. Negativismus (Willenssperrung durch Autosuggestion) mit Paralogie (Vorbeireden). Befehlsautomatie (erhöhte Fremdsuggestion), z. B. Katalepsie (Erhalten der Glieder für lange Zeit in der ihnen erteilten Lage), Echolalie (Nachsprechen), Echopraxie (Nachahmen vorgemachter Bewegungen). Willensentgleisungen (Durchkreuzung der Willenshandlung durch neue Willensantriebe), Bewegungs- und Haltungsstereotypien (Wiederholung derselben Willensantriebe), Verbigerieren (Wiederholung derselben Worte). Grimmassieren. Manieren („erstarrte krankhafte Abänderung geläufiger Handlungen"). Kann auf allen Stufen der Verblödung stehen bleiben. Verblödung gewöhnlich nicht universal, sondern nur partiell. Ohnmachten. Epileptiforme Krämpfe. Krampfhafte Bewegungen der mimischen und Sprachmuskulatur (Grimassieren). Blitzartige unwillkürliche Zuckungen der Muskeln. Veitstanzähnliche Bewegungen Steigerung der Sehnenreflexe. Erhöhte Erregbarkeit der Muskeln und Nerven beim Beklopfen derselben. Weite, Differenz der Pupillen. Fehlen der normalen, durch psychische Vorgänge bedingten Pupillenunruhe. Öfter Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. Kreislaufstörung (Bläuliche Verfärbung, wassersüchtige Anschwellungen, Dermatographie, d. h. Rötung und Anschwellung von Hautstellen, welche mit dem Finger oder einem härteren Gegenstand beschrieben wurden). Starke Schweißbildung. Vermehrung der Speichelabsonderung. Schwan-

kung der Herztätigkeit. Herabsetzung der Körpertemperatur. Unregelmäßigkeiten der Periode. Blutarmut, Schlafstörung. Schwankungen des Körpergewichts, Zunahme besonders bei Abnahme des Affekts und eingetretener Verblödung.

a) Hebephrenische Form.

Tritt gewöhnlich während der Pubertät auf. Meist allmählich stille Verblödung. Seltener Beginn mit trauriger Verstimmung, hypochondrischen Klagen. Zerfahrenheit des Gedankengangs. Unsinnige Wahnideen, Urteilsschwäche. Geschraubte, gezierte Sprache, alberne Witze und Reime. Läppisches Benehmen. Unsinnige, clownmäßige Handlungen.

b) Katatonische Form.

Oft plötzlich ineinander übergehende Perioden von starrer Spannung oder sinnloser Erregung. Beginnt oft mit schwerer Depression. Sprachverwirrtheit im Gegensatz zur ungestörten Auffassung, Orientierung, Merkfähigkeit, zum wohlerhaltenen Gedächtnis. Zeitweise Erinnerungsfälschungen. Wechselnde Helligkeit des Bewußtseins. Halluzinationen. Herrschaft der gemütlich betonten Zielvorstellung über den Willen verloren, sodaß das Handeln ein Spielball der sich durchkreuzenden Willensantriebe wird. Muskelspannungen, bildsäulenartige Stellungen. Negativismus, Befehlsautomatie, Katalepsie, Verbigeration, Manieren. Sonderbare Ausdrucksbewegungen (Grinsen, Schnauzkrampf, Gesichterschneiden, sinnloses Kopfschütteln). Bewegungsstereotypen. Impulsive Triebhandlungen.

c) Paranoide Form.

Zahlreiche konfuse, nur kurze Zeit festgehaltene Verfolgungs- und Größenideen. Wahn der physikalischen Beeinflussung des Körpers und Geistes. Keine Erklärung für die unsinnigen Wahnideen gesucht. Kein Ausbau des Wahns. Wahnhafte Personenverkennung. Wortneubildung, Sprachverwirrtheit, Wortsalat. Einzelne katatonische Zeichen. Zuletzt schwachsinnige Verwirrtheit mit unsinnigem Gefasel.

Arbeitsfähigkeit innerhalb der Anstalt oft erhalten. Tritt meist in späteren Jahren auf.

Die Prognose der dementia praecox desto ungünstiger, ja mehr die katatonischen Symptome von Anfang an oder später in den Vordergrund treten.

IV. Progressive Paralyse (Fortschreitende Hirnlähmung)
(s. Tafel Fig. 21).

Erkrankung des ganzen Zentralnervensystems mit fortschreitendem geistigen und körperlichen Verfall. Tod meist nach 2—3 Jahren. Doch mitunter jahrelange Besserungen und Stillstände.

Am Anfang Verlust des Gefühls für Anstand und Sitte. Ermüdbarkeit gesteigert, Auffassung und Reproduktion herabgesetzt. Vergeßlichkeit zuerst für neue, später auch für frühere Eindrücke. Verarmung des Vorstellungsschatzes. Regellosigkeit des Denkens, Urteilsschwäche. Später Bewußtseinsstörungen, Desorientiertheit, besonders zeitig Störung der zeitlichen Orientierung. Unsinnige hypochondrische oder Größenideen. Halluzinationen und Illusionen. Reizbarkeit. Vorübergehend heftige Erregung oder Depression. Nachlaß der höheren geistigen Interessen. Willensschwäche. Gesteigerte Suggestibilität. Delirien. Anfangs starke Kopfschmerzen. Blutandrang nach dem Kopfe. Sehstörungen, welche sich bis zur Erblindung steigern können (Retinitis, Atrophie der Sehnerven). Herabsetzung des Geruchs und Geschmacks. Unangenehme nervöse Beschwerden aller Art. Später Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, besonders Analgesie. Vorübergehende Anästhesien, Parästhesien (Kriebelgefühl). Vorübergehende Zuckungen der Muskeln. Wiederverschwindende Lähmung, Sprachstörung, Schlaffheit der mimischen Muskeln. Ungeschickte Bewegungen. Rhythmisches Zähneknirschen. Erschwerung des Schluckens. Zwangsmäßiges Lachen. Apoplektiforme Anfälle (Schlaganfall ähnlich) mit plötzlicher Bewußtlosigkeit, schnarchender Atmung, Aphasie (Sprachlosigkeit), Lähmung. Paralytische Anfälle in Form von vorübergehendem Schwindel mit Sprachstörung und leichter Lähmung. Oder als epileptiforme Anfälle mit Bewußtlosigkeit, Krämpfen, vorübergehender Lähmung, Fiebersteigerung. Nierenstörung. Tod öfters durch Schluckpneumonie (Lungenentzündung durch in die Lunge gelangende Speisereste usw.). Allmählich vollständiger Zerfall der Persönlichkeit; unter Muskelschwund und Ernährungsstörungen der Gewebe (Dekubitalgeschwüre), körperlicher Rückgang bis zu völliger Lähmung und Hilflosigkeit.

V. Irresein des Rückbildungsalters.

a) Melancholie (s. Tafel Fig. 22).

Orientierung und Besonnenheit erhalten. Gedankengang zusammenhängend, klar einförmig. Einzelne Sinnestäuschungen. Gleichmäßige traurige Verstimmung. Starke innere Angst. Versündigungs-, Verarmungs-, Kleinheits-, hypochondrischer Wahn. Selbstmordneigung. Keine Hemmung. In höherem Alter unsinnige hypochondrische und Verfolgungsideen, gemütliche Abstumpfung, triebartige Unruhe, raptusartige Gewalttaten. Schlafstörung. Gefühl der Abspannung und körperlichen Schwäche. Unangenehme Empfindungen. Appetitlosigkeit. Verstopfung. Belegte Zunge, foetor ex ore. Gewichtsabnahme. Blut-

armut. Herabsetzung der Körperwärme. Puls klein. Haut kühl, trocken, spröde. Unterschenkel bläulich. Anschwellungen der Knöchel.

Allmähliche Lösung. Lange Dauer. Heilung noch nach 4—5 Jahren. Prognose zweifelhaft, in höherem Alter ungünstig.

Nach den neuesten Veröffentlichungen rechnet Kräpelin in Übereinstimmung mit Hübner die Rückgangsmelancholie jetzt ebenfalls zum manisch-depressiven Irresein.

b) Präseniler Beeinträchtigungswahn.

In den 50er Jahren. Allmähliche Ausbildung deutlicher Urteilsschwäche.

Systemloser Beeinträchtigungswahn. Erhöhte gemütliche Reizbarkeit. Unsinnige Handlungen.

c) Altersblödsinn (Senile Demenz).

Auffassung und Merkfähigkeit herabgesetzt. Gedächtnis schlecht. Zunehmende Schwäche des Urteils, Verödung des Vorstellungsinhalts. Vorübergehende Bewußtseinsstörungen. Sinnestäuschungen. Hypochondrische oder Beeinträchtigungsideen. Herabsetzung der höheren Gefühle. Rührseligkeit. Egoismus. Eigensinn. Rücksichtslosigkeit. Sexuelle Erregung. Unsittliche Handlungen. Willensschwäche. In höherem Grade schwere Merk- und Orientierungsstörung, Fabulieren, unsinnige Ideen, große motorische Unruhe. Schlafstörung. Abnahme der Kräfte. Appetitlosigkeit. Fahle Hautfarbe. Geringer Haarwuchs. Trübungen der Linse. Schwerhörigkeit. Gliederzittern. Empfindungsstörungen. Schwindel. Kopfschmerz. Pupillen meist eng. Lichtreaktion derselben träge. Reflexe erhöht oder herabgesetzt. Verwaschene Sprache. Verkalkung der Arterien (hart, geschlängelt).

Als Unterabteilung **Presbyophrenie.**

Illusionistische und halluzinatorische Verfälschung der Wahrnehmung. Verlust der Orientierung und Merkfähigkeit. Die großen Lücken des Vorstellungsschatzes durch Fabulieren ausgefüllt. Aufmerksamkeit und Gedankengang normal. Urteil in bezug auf früher erworbene Begriffe ziemlich gut. Interesse für die Umgebung erhalten Gemütsstimmung leicht gehoben oder gereizt. Verhalten meist geordnet.

Seniler Verfolgungswahn.

Dürftige verworrene Wahnideen mit einzelnen Sinnestäuschungen. Benehmen meist geordnet.

VI. **Manisch-depressives Irresein** (s. Tafel Fig. 23, 24).

Einheitliche Krankheit, deren manisches und depressives Zustandsbild einander folgen, für einander eintreten und sich vermischen

kann. Mitunter periodisch auftretende manische Anfälle ohne Verbindung mit Depression. Oft erbliche Belastung nachweisbar,

a) Manische Phase.

Auffassung ungenügend und flüchtig. Beschleunigung des Gedankengangs bis zur Ideenflucht. Rededrang. Ablenkbarkeit erhöht. Einzelne Sinnestäuschungen. Unangenehme Körperempfindungen. Wechselnde, mitunter unsinnige Wahnideen. Gehobene oder zornige Stimmung. Erhöhtes Selbstgefühl. Steigerung der Erregbarkeit. Herabsetzung des Ermüdungsgefühls. Beschäftigungsdrang bis Tobsucht. Auf der Höhe der Erregung Trübung des Bewußtseins, Herabsetzung der Orientierung. In leichten Fällen frische Farbe der Haut, lebhafter Blick. Elastische Bewegungen. Gesteigerter Appetit. Bei Tobsucht Abnahme des Gewichts, Beschleunigung der Atmung, Steigerung der Herztätigkeit, Erhöhung der Temperatur, Blutandrang nach dem Kopfe.

Dauer einige Wochen bis 2—3 Jahre. Fälle mit Wahnbildung und mäßiger Erregung dauern gewöhnlich lange.

b) Depressive Phase.

Besonnenheit und Orientierung erhalten. Hemmung des Denkens. Mitunter Bewußtseinstrübung. Seltener Halluzinationen, Illusionen und Wahnideen. Zwangsvorstellungen. Gemütliche Verödung. Dumpfe, hoffnungslose Niedergeschlagenheit, vorübergehender Stimmungswechel. Krankheitsgefühl. Willenshemmung, Mangel an Initiative. Mitunter tiefe stuporöse Trübung des Bewußtseins (Äußere Sinneseindrücke wenig aufgefaßt, zusammenhanglose Delirien und Sinnestäuschungen). Herabsetzung des Appetits. Schlafstörung. Körperliche Mißempfindungen. Schlaffe Haltung. Matter Blick. Blutarmut. Mangel an Elastizität der Haut. Verlangsamung der Atmung und Herzaktion. Puls klein. Zusammenziehung der Gefäße.

Prognose gut für den einzelnen Anfall, dagegen leicht Rückfälle. Freie Zwischenräume allmählich kürzer.

c) Mischzustände.

1. Depressive Erregung. 2. Gedankenarme Manie. 3. Manischer Stupor (Mischung von Unzugänglichkeit mit heiterer Stimmung). 4. Ideenflucht bei Depression. 5. Manische Hemmung (Ideenflucht, heitere Stimmung und psychomotorische Hemmuug).

VII. Paranoia (Verrücktheit).

Allmähliche Bildung eines unerschütterlichen Wahnsystems bei völliger geistiger Klarheit und geordnetem Denken, Wollen und

Handeln. Verrückung des Standpunktes, welchen Patient gegen Personen und Ereignisse der Umgebung einnimmt. Krankhaft verfälschte Weltanschauung. Beginn oft mit unangenehmen Organempfindungen, Ahnungen, Vermutungen, Mißtrauen, Beeinträchtigungsideen. Erinnerungsfälschungen. Später Steigerung des Selbstgefühls. Größenideen. Urteil, soweit es nicht den Wahn betrifft, ungestört. Geordnete Haltung. Das Verhalten ist aus dem Wahn heraus verständlich. Erst später gefährliche Handlungen als Abwehr. Allmählich doch Nachlaß der geistigen Kräfte in vielen Fällen.

Besondere Form stellt der Querulantenwahnsinn dar.

Knüpft meist an ein tatsächlich erlittenes Unrecht an. Auffassung und Gedächtnis oft gut. Eintönigkeit des Gedankengangs Unbelehrbarkeit. Leichtgläubigkeit bezüglich des Belastungsmaterials Kritiklosigkeit gegenüber allem, was auf den Wahn Bezug hat. Gehobenes Selbstgefühl. Erhöhte gemütliche Reizbarkeit. Unsinnige Hartnäckigkeit in der Erstrebung des Ziels. Allmähliche Ausdehnung der Verfolgungsideen auf immer zahlreichere Personen. Schließlich zunehmende geistige Schwäche.

VIII. Epileptisches Irresein.

Wahrscheinlich durch Stoffwechselstörung, Selbstvergiftung. Auf der Grundlage angeborener Entartung. Mitunter Mikrokephalie, Hydrokephalie (Wasserkopf), „epileptische Physiognomie, welche durch die breite Stirn, die eingedrückte breite Nase, durch vorspringende Backenknochen, wulstige Lippen und glänzende Augen mit auffallend weiten Pupillen gekennzeichnet wird“ (Kräpelin).

Von äußeren Ursachen unabhängige, periodisch auftretende epileptische Krampfanfälle mit vorhergehender Aura (Vorempfindung), während und nach dem Anfall bestehender Veränderung des Bewußtseins und darauf folgender partieller oder totaler Amnesie. An Stelle der ausgebildeten Anfälle können auch epileptoide Zustände (petit mal) auftreten:

Ohnmachten, Absencen (kurze Bewußtseinslücken), Schwindel- und Schlafanfälle, nächtliches Aufschrecken (pavor nocturnus), grundlose Angst.

Der Epileptiker wird zum Geisteskranken, wenn sich: 1. die epileptische fortschreitende Entartung oder Schwachsinn einstellt. 2. Bewußtseinsstörungen, z. B. Dämmerzustände. 3. Psychosen, z. B. das Bild der Paranoia hinzugesellen.

ad 1. Einengung des Gesichtskreises. Umständlichkeit. Neigung zu süßlichen Redenarten, frommen Sprüchen, lügenhaften Aussagen.

Reizbarkeit. Rechthaberei. Unstetigkeit. Krankhaftes Mißtrauen. Sinnlose Wutanfälle. Zeitweise gemütliche Schwankungen und Beängstigungen ohne äußere Ursache, welche zu starkem Alkoholmißbrauch führen können: Dipsomanie (bei schwer Belasteten periodisch zwangsmäßiger Trieb zum Genuß alkoholischer Getränke, infolge innerer Angst und Unruhe. Vielleicht auch durch periodische Melancholie und Manie (Ziehen) erzeugt. Nach Ablauf Niedergeschlagenheit, Reue. In der Zwischenzeit Patient fleißig und nüchtern. Heilung selten, nur bei strenger Abstinenz).

ad 2. Die Dämmerzustände können Krampfanfällen vorhergehen, nachfolgen oder selbständig auftreten (dann Äquivalente genannt). Das epileptisch veränderte Bewußtsein während dieser Zustände kennzeichnet sich durch ein schnelles Aufeinanderfolgen von scheinbar geordnetem Verhalten und von befremdlichen, nicht vermuteten, gewalttätigen Handlungen. Während der Dämmerzustände Mord, Brandstiftung, sexuelle Exzesse, Exhibitionismus, Fahnenflucht, große Reisen, Nachtwandeln. Die Handlungen in den verschiedenen Dämmerzuständen oft in ganz gleicher Weise wiederholt. Die Erinnerungen aus dem Dämmerzustand werden nach Bonhöffer nicht weiter verarbeitet und gewinnen keine nähere Beziehung zur Persönlichkeit. Patient erzählt z. B. von der von ihm in diesem Zustand vorgenommenen Brandstiftung wie von der Tat eines anderen. Mitunter nur noch Erinnerung für nebensächliche Erlebnisse, während die Erinnerung an die Tat zwar anfangs vorhanden war, aber bald versinkt (cf. Erinnerung an Traumvorstellungen). Infolgedessen natürlich leicht Verdacht auf Simulation. Mitunter körperliche Begleitsymptome, z. B. träge Pupillenreaktion, Steigerung der Sehnenreflexe, Störung der Hautempfindlichkeit, des Geruchs und Geschmacks, schwerfällige, verwaschene Sprache.

Bewußtseinstrübung bei plötzlichem Erwachen aus dem Schlafe mit illusionistischer Auffassuug der Wahrnehmung und dadurch erzeugten Gewaltaten.

Durch geringe Dosen Alkohol Bewußtseinstrübung mit sinnlosen Wutanfällen.

Plötzlich entstehende ängstliche Delirien (Auffassung und Orientierung gestört, ängstliche oder zornige Erregung, schreckliche Halluzinationen, unsinniger Bewegungsdrang, schwere Gewalttat. Dauer einige Stunden bis Wochen).

Epileptischer Stupor (länger dauernde, oft schwere Bewußtseinstrübung, verworrene teils grauenvolle, teils beglückende Wahnideen aus den Ausdrucksbewegungen herauszulesen. Patienten handeln wie

im Traum oder liegen steif im Bett, widerstreben jedem äußeren Eingriff. Dauer 8—14 Tage.

IX. Hysterisches Irresein.

Gekennzeichnet wird die Hysterie nach Kräpelin durch die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen, oder nach Binswanger [5]) durch eine krankhafte Verschiebung zwischen materiellen Hirnrindenerregungen und psychischer Parallelreihe.

Auffassung, Gedächtnis, Denken ungestört. Neben zahlreichen körperlichen Krankheitszeichen (Stigmata z. B. Anästhesie, welche nicht dem anatomischen Verlauf der Nerven entspricht (psychisch bedingt, psychogen) geistige Stigmata: Pathologisch gesteigerte Affekterregbarkeit mit pathologischer Verstärkung und Ausdehnung der körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen. Gesteigerte Phantasietätigkeit. Fehlende Reproduktionstreue. Stimmungswechsel. Erhöhtes Selbstgefühl. Einschränkung des Ideenkreises auf das eigene Befinden. Erhöhte Suggestibilität. Unstetigkeit. Neigung zur Intrigue. Widerspruchsneigung. Nörgelsucht. Theatralische Übertreibung der Ausdrucksbewegungen (Hysterischer Charakter). Bei degenerativ veranlagten Kranken Verzerrung und Verschärfung der hysterischen Charaktereigentümlichkeiten.

Bei der Hysterie vorkommende körperliche Störungen:

Anästhesien und Analgesien, welche meist dem anatomischen Verlaufe der Nerven nicht entsprechen, a) halbseitige, b) fleckweise auftretende, c) geometrische in Schwimmhosen-, Keulen-, Manschettenform. Entgegen den anatomischen Verhältnissen oft auch Lähmungen aller Sinnesempfindungen derselben Seite (Gesicht, Gehör usw.). Gesichtsfeldeinschränkung, Hyperästhesien, Hyperalgesien, Globusgefühl (Gefühl einer beweglichen Kugel im Halse), Clavus (quälender Schmerz in der Scheitelgegend). Spinalirritation (Schmerz der Wirbelsäule bei Betastung). Druckempfindlichkeit bei Berührung bestimmter Punkte, z. B. Ovarie (Druck auf den nervus sympathicus im Unterleib). Topalgien (festsitzende Schmerzen durch peripher projizierte zentrale Erregung). Spontane wechselnde Schmerzen in allen möglichen Körpergegenden, welche die verschiedensten Krankheiten vortäuschen können. Headsche Zonen (Umschriebene Hyperalgesien der Haut bei Erkrankung innerer Organe). Störung des Muskelsinns. Pseudotabes. Anomalien der Herztätigkeit und der Blutzirkulation. Trophische Störungen. Spontane Blutungen (z. B. Stigmatisation). Hautgangrän.

Hautausschläge. Ödeme (weißes und blaues). Haarausfall. Schweißstörung, Appetitlosigkeit. (Anorexie). Hochgradige Abmagerung oder Fettleibigkeit. Menstruationsstörung. Hysterisches Fieber (zweifelhaft). Reflexstörungen. Schwindel. Zittern. Krämpfe. Muskelspannungen. Kontrakturen. Zwangsweise Gliederbewegungen (Tics) Husten. Räuspern. Rülpsen. Erbrechen. Gesteigerte Peristaltik. Kotbrechen (an Darmverschluß erinnernd). Meteorismus (Luftauftreibung der Därme, wodurch schon Schwangerschaft vorgetäuscht worden ist). Vaginismus (Krampfhafte Zusammenziehung der Scheide, welche den Coitus verhindert). Stottern, Lach- und Weinkrämpfe. Psychisch bedingte Lähmung der Glieder und der Sprache.

In der Sitzung der Société de Neurologie in Paris am 9. April 1908 wurde von Babinski und anderen betont, daß eine Anzahl der hysterischen Stigmata z. B. Hemianästhesie, Gesichtsfeldeinschränkung, hysterische Zonen, Rachen- und Cornealreflexstörung (nicht aber die trophischen, vasomotorischen Störungen oder die der Sehnen- und Pupillenreflexe) auf Suggestion beruhe. [58])

Die Hysterische wird zur Geisteskranken, wenn sich

1. Bewußtseinsstörungen,
2. ausgesprochene Psychosen

entwickeln.

ad 1. Wachträume (Versunkensein in traumhafte Vorstellungen bei offenen Augen, Hetzen von Vorstellungen und unangenehmen Erinnerungen); Schlafanfälle (Lethargie). Synkopale Anfälle (Übelkeit, Zusammensinken). Apoplektiforme Anfälle (einem Schlaganfall ähnlich). Kataleptische Zustände (Gliederstarre). Große Krampfanfälle mit arc de cercle, Clownismus, attitudes passionelles. Dämmerzustände (Bewußtseinstrübnng mit Verwirrtheit, Visionen und Halluzinationen von dramatischer Lebendigkeit, läppischem Benehmen, Gansers Vorbeireden = Assoziationsstörung). Mit denselben verwandt ist der Somnambulismus (Traumhafte Bewußtseinsänderung durch tiefgehende Störung der Ideenassoziation). Unter dem Einflusse derartiger traumhafter Vorstellungen triebartiges Umherschweifen, gefährliche Handlungen. Die Kranken fallen oft nur durch ihr einsilbiges, unzugängliches Wesen auf). Indem Erscheinungen des Dämmerzustandes nicht in den folgenden Zustand hinübergenommen werden, entsteht mitunter eine anscheinende Vervielfältigung der Persönlichkeit.

ad 2. Auf degenerativer Basis können sich ausgesprochene Psychosen entwickeln, welche aus kettenartig aneinandergereihten Dämmerzuständen oder Wachträumen, Halluzinationen, Verstim-

mungen, Lethargie, Delirien, raptus hystericus (maßlose Angstanfälle, teilweise mit Halluzinationen und Illusionen, triebartige Unruhe), furor hystericus (höchste hysterische Reizbarkeit) und moria (läppisch-heitere Verstimmung) in beliebiger Anordnung sich zusammensetzen können. Die Psychose kann den Charakter der Melancholie annehmen, häufiger treten paranoische Bilder auf. Nach Räcke werden bei jugendlichen Imbecillen abwechselnde Zustände von furor, moria und Stupor beobachtet. Die hysterische Grundlage verleiht allen diesen Psychosen den Charakter des Theatralischen, Sprunghaften. Die hysterische Paranoia zeichnet sich durch starke Affekterregbarkeit, lebhafte Verfolgungsideen, ethischen Defekt, erotische Erregung, krankhaftes Bedürfnis, sich in den Vordergrund zu drängen, verläumderische Lügenhaftigkeit und strafbare Handlungen aller Art aus. Kindliche und juvenile Hysterie ist heilbar, dagegen die des späteren Alters, besonders bei degenerativer Grundlage, nicht. Nach langem Kranksein mitunter Verarmung des Vorstellungsschatzes und Urteilsschwäche (besonders bei zahlreichen Krampfanfällen und halluzinatorischen Dämmerzuständen). Nach Freud sind in der Kindheit erlittene sexuelle Traumen die Ursache der Hysterie. Sie rufen einen affektbetonten Komplex hervor, der infolge seiner Unverträglichkeit mit dem normalen Bewußtseinszustand nicht abreagiert, sondern ins Unterbewußtsein verdrängt (eingeklemmt) wird und durch Konversion (Umsetzung) der Erregung in abnorme körperliche Innervation und durch Transposition des Affekts auf indifferente Vorstellungskomplexe die hysterischen Symptome erzeugt. Nach einer neueren Veröffentlichung Jungs[30]) beruht die Hysterie darauf, daß zur Zeit der Pubertät die konstitutionell gesteigerte Phantasie durch die infantile Sexualbetätigung eine konstellierte Richtung erhält, daß sich dadurch Vorstellungskomplexe bilden, welche mit dem übrigen Bewußtseinsinhalt unvereinbar sind und darum der Verdrängung unterliegen, besonders durch starke Scham- und Ekelgefühle. In diese Verdrängung wird nun die Übertragung der libibido (sexuelle Komponente des Seelenlebens und Leidenschaftlichkeit im Begehren überhaupt) auf eine geliebte Person mit hineingezogen und die Scham- und Ekelgefühle werden auf dieselbe übertragen. Durch diese Hemmung der Übertragung der libido entsteht ein Gefühlskonflikt, welcher die hysterischen Krankheitssymptome hervorruft. Die treibenden Kräfte der hysterischen Psychose liegen demnach mehr in der Gegenwart als in der Vergangenheit. Zu bemerken ist, daß die Anschauungen von Freud, Bleuler und Jung bis jetzt noch nicht allgemein anerkannt sind, wenngleich sie in vielen Fällen das Richtige treffen mögen.

X. Entartungsirresein.

Dauernd krankhafte Verarbeitung der Lebensreize infolge von erblicher Veranlagung.

a) Angeborene Nervosität. (Im Gegensatz zur erworbenen Neurasthenie, welche durch Erschöpfung, Überanstrengung beim Gesunden entsteht, sich besonders durch reizbare Schwäche charakterisiert und bei Wegfall der Ursache in Heilung übergeht [6]).

Angeborene Widerstandunfähigkeit. Mangelnde Harmonie der geistigen Kräfte. Erhöhte Ermüdbarkeit, Ablenkbarkeit, Einbildungskraft. Selbstüberschätzung. Störung des Wirklichkeitsbewußtseins. Stimmungswechsel. Lügenhaftigkeit. Leichte Erregbarkeit. Betonung des Ich. Dauernde Unfreiheit des Handelns. Gesteigertes Triebleben (besonders in sexueller Beziehung, sexuelle Abnormitäten). Empfindlichkeit gegen Alkohol, Witterung, Hitze. Nervöse Beschwerden aller Art. Schlafstörung. Körperliche Degenerationszeichen, z. B. Zwerg-, Riesenwuchs. Mangelnde Symmetrie des Köperbaus. Angeborene Luxation. Abweichungen im Schädelbau, z. B. mikrokephaler, hydrokephalischer (Wasserkopf), progeneer (Oberkiefer durch Unterkiefer überragt), schiefer Schädel, Sattelkopf (Einsenkung in der Gegend der Kranznaht), mongolischer Kopftypus (Kopf rund, Gesicht platt, Backenknochen vorspringend, Nasenrücken breit, Augen schief geschlitzt), fliehende Stirn. Darwinsches Spitzohr, ev. mit Knötchen am äußeren Ohrrand, Stahlsches Ohr (Ohrgruben durch den Helix verdeckt), Wildermuthsches Ohr (der Helix nach hinten umgeschlagen), Henkelohr, Ohrläppchen nicht ausgebildet. Fehlen der Regenbogenhaut des Auges, verschiedene Färbung und Fleckung derselben, exzentrische Lage der Pupille, mehrere Öffnungen der Regenbogenhaut, angeborener Staar. Hasenscharte, Wolfsrachen (Gaumen gespalten), Gaumen steil, starke Entwickeiung des Gaumenwulstes (torus palatinus). Anomalien der Form, Größe und Stellung der Zähne. Polydaktylie (Vermehrung) und Syndaktylie (Verwachsung) der Zehen und Finger, Schwimmhautbildung, Klumpfuß. Vorlagerung der Harnröhrenmündung (Epispadie, Hypospadie), Kryptorchismus (Hoden nicht in den Hodensack herabgetreten), Verdoppelung des Genitalkanals, Verschluß der Vagina. Abnormer Haarwuchs.

Angeborenes Stammeln, Stottern, Schielen, Nystagmus (unwillkürliche Bewegungen der Augäpfel), Neigung zu Krämpfen in der Kindheit. Bei angeborener homosexueller Anlage mitunter breites weibliches Becken, starke Entwickelung der Brüste, geringer Bartwuchs, gerundete Formen, weibliche Stimme. Die Degenerationszeichen weisen nur dann auf erbliche Belastung hin, wenn sie bei

einem Individuum gehäuft, sowie in den verschiedensten Systemen und wichtigen Formen auftreten (Näcke).

Die Nervosität ist verwandt mit der Hysterie, dem manisch-depressiven Irresein. Auf dem Boden derselben können folgende Zustände erwachsen.

b) Konstitutionelle Verstimmung.

Dauernd pessimistische Gefühlsbetonung aller Vorstellungen. Gesteigerte Ablenkbarkeit. Schuldgefühl. Empfindsamkeit. Ängstlichkeit. Nervöse Beschwerden. Tics z. B. Grimmassieren, Schnalzen mit der Zunge, Zucken mit dem Kopfe (Unbewußte Ausgleichung innerer Spannung).

c) Konstitutionelle Erregung.

Stimmung dauernd gehoben. Selbstbewußtsein gesteigert. Ablenkbarkeit vermehrt. Unstetigkeit, welche eine zielbewußte Tätigkeit vereitelt.

Fließende Übergänge von b) und c) zum manisch-depressiven Irresein.

d) Zwangsirresein.

Zwangsgedanken und Zwangsbefürchtungen, welche gemütlicher Depression ihr Dasein verdanken. Bewußtsein klar. Dauernde Einsicht für die Krankhaftigkeit des Zustandes.

„Psychisches Wiederkäuen" derselben Gedanken. Zahlenzwang Grübelsucht· Zweifelsucht. Unentschlossenheit. Peinlichkeit. Scheu, aufzufallen. Furcht vor dem Erröten. Kleiderangst. Hypochondrische Befürchtungen. Phobien (plötzliche heftige Angst vor etwas Unangenehmen, verbunden mit zahlreichen nervösen Störungen) z. B. Platz-, Höhenangst, Furcht vor Schmutz, Berührungsfurcht. Werden die Kranken in ihren sie beruhigenden Schutzmaßregeln und oft absonderlichen Ausdrucksbewegungen gehindert, so heftige Aufregungszustände. Mitunter Willensantrieb zu verbrecherischen Handlungen, welche aber nicht ausgeführt werden. Prognose meist ungünstig.

e) Impulsives Irresein.

Das Handeln durch pathologische Triebe, nicht durch klare Motive bestimmt. Keine Bewußtseinstrübung. Die Antriebe erscheinen dem Kranken nicht fremdartig, sondern natürlich und und zwingend. Wandertrieb, Trieb zur Brandstiftung, Diebstahl, Mord. Krankhafter sexueller Trieb. Charakteristisch die Stärke der Triebe, ihre periodische Wiederkehr und die Befriedigung nach der Tat. Meist höherer oder geringerer Grad von Schwachsinn, gemütliche Störung, Willensschwäche.

Die Diagnose des impulsiven Irreseins nur stellen, wenn der triebartige, zwangsmäßige Charakter des Handelns, der Mangel an zweckmäßigen Zielvorstellungen deutlich ist, und auch sonstige Krankheitszeichen vorhanden sind.

XI. Psychopathische Persönlichkeiten.

(Krankhafte Spielarten des menschlichen Geschlechts.)

a) Der geborene Verbrecher.

Es gibt Menschen, bei denen im Gegensatz zur Verstandsbildung von Jugend auf die sittlichen Gefühle zurückgeblieben sind, welche trotz guter Erziehung und guten Beispiels Verbrecher werden. Nach Lombroso gehören 25 Proz. der Verbrecher zu der Klasse des deliquente nato.

Bei schwerer verbrecherischer Veranlagung (viele Berufsverbrecher): Auffassung, Gedächtnis, Denken leidlich. Es fehlt aber die Fähigkeit der weit blickenden Voraussicht. Die geborenen Verbrecher lernen nicht aus der Erfahrung, leben nur für den Augenblick. Daher Planlosigkeit der Lebensführung. Kopflosigkeit neben Schlauheit. Angeborene sittliche Gleichgültigkeit. Mangel an Mitgefühl. Neigung zu Hetzerei. Selbstsucht. Reizbarkeit. Rachsucht. Krankhaftes Mißtrauen. Widerstandsunfähigkeit gegen Verführung und Triebe. Empfindlichkeit gegen Alkohol, Schmerz. Stolz auf verbrecherische Leistungen. Oft zahlreiche körperliche Entartungszeichen (Stigmata). Schwere erbliche Belastung. Zur Diagnose vorsichtige Berücksichtigung sämtlicher Faktoren nötig. Bisher wurde der Begriff des geborenen Verbrechers von den meisten Autoren abgelehnt.

b) Der Haltlose.

Unklare Begriffsbildung. Beeinflußbarkeit gesteigert. Urteilsschwäche. Stimmungswechsel. Außerordentliche Willensschwäche. Verbummeln trotz guter Erziehung.

Gewohnheitsverbrecher, Landstreicher, Bettler, Prostituierte.

c) Der krankhafte Lügner.

Mangelhafte Erinnerungstreue. Übererregbarkeit der Phantasie. Unstetigkeit der Gefühle und des Willens. Von Jugend auf Lust am Fabulieren und Schwindeln, oft ohne Erstrebung eines Vorteils.

Abenteurer, Hochstapler.

d) Pseudoquerulanten.

Erhöhte gemütliche Erregbarkeit. Gesteigertes Selbstgefühl. Streitsucht, welche an alle möglichen Gelegenheiten anknüpft und

bei Gericht ihr Recht sucht. Es fehlt aber das subjektive Band, das bei dem echten Querulanten die einzelnen Ereignisse zu einer zusammenhängenden Kette verarbeitet, die zusammenhängende Wahnbildung. Geben auch den Kampf auf, wenn die Möglichkeit des Erfolgs fehlt, während der rechte Querulant unentwegt weiterkämpft.

XII. Psychische Entwickelungshemmung.

Durch Störungen im Mutterleib oder während der ersten Lebenszeit. Idioten erreichen höchstens die Stufe eines 7—8jährigen Kindes, Imbecille entwickeln sich darüber hinaus, ohne die Vollreife zu erreichen.

1. Imbecillität (Angeborener Schwachsinn).

Während die erworbene Demenz gewöhnlich mehr Einzeldefekte darbietet, beobachten wir bei der geistigen Entwickelungshemmung meist eine Abschwächung auf allen Gebieten. Wahrnehmung infolge geringer Aufmerksamkeit und mangelnden Interesses oft ungenau. Diese oft falschen Beobachtungen werden infolge ungenügender Verknüpfung nicht an richtiger Stelle in den bisherigen Erfahrungen eingestellt und führen daher zu mangelhafter Begriffs- und Urteilsbildung. Alles bleibt Einzelerfahrung, es werden keine Gesetzmäßigkeiten erkannt. Mechanisches Gedächtnis. Fähigkeit fehlt, das früher Erlebte in veränderter Darstellung, in neuer Gruppierung wiederzugeben, komplizierte Vorgänge frei zu schildern. Lücken des Gedächtnisses gern mit phantastischen Angaben ausgefüllt. Trotz gewisser Listigkeit in der Erreichung ihrer Ziele sind Imbecille oft kritiklos, urteilsschwach, daher auch leichtgläubig und fremden Einflüssen unterworfen. Mit Lust- und Unlustgefühlen nur die Vorstellungen betont, die sich auf materielle Interessen beziehen. Die religiösen und ethischen Begriffe daher nur mechanisch auswendig gelernt. Deshalb auch keine sittlichen Grundsätze, welche beim Spiel der Motive gegen die Versuchungen des Lebens als Hemmung dienen könnten. Selbstüberschätzung.

a) Stumpfe Form.

Können oft eng begrenzten Wirkungskreis ausfüllen, versagen aber, wenn plötzlich größere Anforderungen an sie gestellt werden. Werden dann mitunter von ängstlicher Verwirrtheit mit Halluzinationen und Wahnideen befallen. Durch Verführung und Alkoholmißbrauch kriminell. Prostituierte, Landstreicher.

b) Erregte Form.

Die Urteilsschwäche oft lange Zeit durch gutes mechanisches Gedächtnis und lebhafte Phantasie verdeckt. Renommiersucht, Ein-

sichtslosigkeit gegen die eigenen Mängel. Können Erinnerungsfälschungen oft selbst nicht von beabsichtigter Lüge unterscheiden. Infolge der fortwährenden Gefühls- und Willensschwankungen häufiger Berufswechsel, gewagte planlose Unternehmungen. Betrüger, Hochstapler.

c) Moralisches Irresein.

Diese Diagnose nur selten und zwar dann zu stellen, wenn trotz guten Herkommens und guter Erziehung eine zu Verbrechen führende mangelhafte Entwickelung der höheren, besonders sittlichen Gefühle zu beobachten ist, wenn ferner intellektuelle Defekte und sonstige körperliche und geistige Zeichen von krankhafter Minderwertigkeit nachweisbar sind. Die übrigen Fälle gehören zur Epilepsie, zur dementia praecox, oder sind als nicht geistesgestörte Verbrecher anzusehen.

2. Idiotie (s. Tafel Fig. 25).

Störung der Auffassung und Aufmerksamkeit. Mangelhafte Begriffsbildung. Urteilsschwäche. Ungenügende Entwickelung der Sprache. Gedächtnis nur mechanisch. Fehlen der höheren Gefühle. Leichte Erregbarkeit. Starkes Triebleben, da Hemmungen fehlen. Infolgedessen auch fortwährende Unruhe und automatische Bewegungen. Ungeschicklichkeit. Unreinlichkeit. Körperliche Störungen und Degenerationszeichen wie bei den Entarteten. Häufig mit epileptischen Krämpfen verbunden. Auftreten derselben zu früher Zeit spricht für ungünstigen Verlauf. Stumpfe und erregte Form. Schulbildung unmöglich.

Die Diagnose der psychischen Erkrankung aus den Ausdrucksbewegungen und Handlungen der Kranken.

Nach Binswanger[40]) kann „die Diagnose einer Geistesstörung nicht aus der Feststellung irgend eines Zustandsbildes, sondern nur aus der genauesten Kenntnis ihres Entwickelungsganges und des gesamten Verlaufs mit Sicherheit gestellt werden.“ Aus diesem Grunde darf nicht eine einmalige Beobachtung des Krankheitsbildes, sondern muß eine genaue Kenntnis des ganzen Krankheitsverlaufs die Grundlage der Beurteilung bilden. Wie wenig entspricht z. B. das Verhalten des Kranken während des Entmündigungstermins oft seinem sonstigen Wesen, sei es nun, daß er befangen erscheint, daß er absichtlich seine krankhaften Ideen verdeckt, um entlassen zu werden

(Paranoiker), daß er vorübergehend aus seiner Gleichgültigkeit durch die neue Umgebung herausgerissen wird und so einen günstigeren Eindruck macht als gewöhnlich (Katatonie), daß er mit allen Künsten der Dialektik den Richter für sich zu gewinnen sucht (Hysterie) oder daß er sich gerade in einem freien Intervall befindet (manisch-depressives Irresein, Paralyse). Daß ein Gesunder Geistesstörung simuliert, läßt sich in vielen Fällen auch nicht durch eine einmalige Beobachtung, wohl aber meist durch eine länger dauernde Prüfung erkennen. Die Simulierung von Psychosen ist außerordentlich schwierig und könnte höchstens bei der Darstellung von Blödsinn vorübergehend Erfolg haben. Doch wird die Verstellung bald an der gesuchten Unsinnigkeit der Antworten, der Übertreibung, dem lauernden und gespannten Gesichtsausdruck, welcher zu der leeren Miene des Blödsinnigen im Gegensatz steht, und der Unfähigkeit, die Maske des Stumpfsinns dauernd festzuhalten, scheitern. Mitunter simulieren auch Geisteskranke krankhafte Symptome hinzu, welche sie bei anderen Kranken gesehen haben (Imbecille). Nur eine Würdigung aller Symptome und die Berücksichtigung der ganzen Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten kann bei der Stellung einer psychiatrischen Diagnose vor Irrtum schützen.

Um über die Störungen des Wahrnehmungsvorgangs, der Gefühls- und Willenszustände ins Klare zu kommen, empfiehlt es sich, die mimischen und pantomimischen Ausdrucksbewegungen der Kranken, ihre Sprech- und Schreibweise sowie die spontanen und veranlaßten Handlungen derselben zu studieren. „Da jedem Affekt und jeder Affektstörung eine ganz bestimmte Gestikulation, ein bestimmter Gesichtsausdruck und eine bestimmte Sprechweise zukommen, so gewährt das Studium der Ausdrucksbewegungen dem Erfahrenen einen ungemein tiefen Einblick in die psychischen Vorgänge des Kranken und gibt die besten Fingerzeige, in welcher Richtung Fragen an den Kranken zu stellen sind“ [82]).

Wir werden z. B. auf Gehörstäuschungen schließen, wenn der Kranke gespannt nach einem Punkte hinhorcht, wenn er plötzlich aufspringt, heftig nach einer bestimmten Richtung hin antwortet, wenn er Scheingespräche per Telephon führt, plötzlich unmotiviert lacht oder erregt ist, den schweigenden Beobachter anfährt und sich seine Beleidigungen verbittet, wenn er sich unter den Zeichen des Schreckens unter die Bettdecke verkriecht, sich die Ohren zuhält oder mit Watte verstopft. Gesichtstäuschungen vermuten wir, wenn der Patient angestrengt nach einem Orte hinstarrt, die Augen hin- und herwendet, ohne daß ein Fixationsobjekt zu erblicken ist, über un-

sichtbare Gegenstände hinwegsteigt, vor etwas Unsichtbarem plötzlich zurückschreckt, Abwehrbewegungen macht, sich die Augen zuhält oder den Kopf abwendet. Nimmt er längere Zeit keine Nahrung zu sich, spuckt er die Speisen unter Zeichen des Abscheus aus, so denken wir an Geschmackstäuschungen, hält er sich die Nase zu, schlägt er plötzlich ein Fenster ein, um den angeblichen Schwefelgestank abzulassen, an Geruchstäuschung. Kranke mit Gefühlstäuschungen suchen an ihrem Körper nach Schlangen, schlagen nach unsichtbarem Ungeziefer, beschweren sich über nächtliche Einspritzungen, magnetische und elektrische Fernwirkungen, sexuelle Attentate. Andere gehen mit auffälliger Vorsicht, weil sie das Gefühl haben, als ob ihre Beine aus Glas wären. Bei der Annahme einer Halluzination muß natürlich ausgeschlossen werden können, daß aus Träumen stammende Eindrücke mit wirklichen Erlebnissen verwechselt werden, oder daß wirkliche Sinneseindrücke vorliegen, welche nur abnorm empfunden (Illusion) oder wahnhaft (Urteilstäuschung) ausgelegt werden. Verbergen die Patienten, um nicht für krank gehalten zu werden, ihre Täuschungen, so können wir oft aus den Schriftstücken derselben, in denen sie sich erfahrungsgemäß häufig offen aussprechen, die Diagnose stellen oder wir sind auf die Angaben der Mitkranken angewiesen oder müssen darauf warten, daß sich der Kranke in der Erregung einmal selbst verrät.

Auch auf die selbständig oder sekundär als Folge der Sinnestäuschungen auftretenden Wahnideen können wir aus den Ausdrucksbewegungen und Handlungen schließen. Größenwahn verrät sich z. B. durch die hochmütige Kopfhaltung, die überlegene Miene, den stolzen Schritt, die protzige Absonderung von den Mitkranken, das Anlegen von imitierten Orden und Achselstücken, das Tragen eines Christusbartes, die Bevorzugung wallender Gewänder, die Nachahmung des Äußeren hochgestellter Personen, ferner durch die Prinzessinnen gemachten Heiratsanträge, sinnlosen Bestellungen und phantastischen Millionenunternehmungen. Der an Versündigungswahn leidende Melancholiker schleicht gebeugt einher, ringt die Hände, kniet nieder, fleht um Gnade, betet häufig, klammert sich wehklagend an den Besucher an, verweigert die Nahrungsaufnahme, verstümmelt seine Glieder oder begeht Selbstmord. Die Verfolgungsideen des Paranoikers verraten sich durch das scheue, mißtrauische Wesen, die reizbare Stimmung, sowie die Neigung desselben, harmlose Äußerungen auf sich zu beziehen, durch oft sonderbare Schutzhandlungen und symbolische Ausdrucksbewegungen (trägt Amulette, bringt Schutzvorrichtungen an Türen und Fenstern an, gibt den Gegenständen im

Zimmer eine besondere eigentümliche Lage, wechselt häufig die Wohnung, verfaßt Verteidigungsschriften und verübt schließlich Attentate). Der hypochondrische Wahn kennzeichnet sich durch die vermehrte Aufmerksamkeit des Kranken auf die Funktionen seines Leibes, die genaue Betrachtung von Stuhl und Urin, die häufige Selbstbeobachtung im Spiegel, die vorsichtige Benutzung und Schonung der Glieder (ohne daß eine objektive Ursache dafür vorliegt), die unsinnigen Kurierversuche am eigenen Körper, die Nahrungsverweigerung, welche sich auf die Ansicht von Verwachsung des Schlundes, der Schrumpfung des Magens, der Durchlöcherung des Darmes usw. gründet. Mitunter liegen den hypochondrischen Klagen tatsächliche, während des Lebens nicht erkannte organische Veränderungen, z. B. chronische Geschwüre im Darm, entzündliche Verwachsungen der Unterleibsorgane, einer Diagnose schwer zugängliche krebsige Wucherungen zugrunde. Hysterische verschlucken Nadeln, verweigern die Nahrung, machen theatralische Selbstmordversuche, um aufzufallen und Mitleid zu erregen (Weder Halluzinationen noch Wahnideen die Ursache des Handelns). Mitunter beruhen die Wahnideen auf wirklichen Tatsachen. Häufig freilich sind letztere nicht geeignet, die weitgehenden, durch gemütliche Erregung, Mißtrauen, Hochmut, Oberflächlichkeit des Urteils entstandenen Behauptungen (Irrtümer) des Betreffenden zu stützen (Ziehen). Bei Eifersuchtswahn und den Ideen rechtlicher Benachteiligung besonders ist indessen stets eine genaue Prüfung der Verhältnisse nötig, ehe ein Urteil über die eventuelle Krankhaftigkeit der geäußerten Ansichten abgegeben werden kann.

Bei der Erschließung des Gefühlslebens aus den Ausdrucksbewegungen müssen wir uns bewußt bleiben, daß, ebenso wie wir aus den Gesten des Neugeborenen nicht etwa bestimmte Gefühlsäußerungen diagnostizieren dürfen, wir einen Fehler begehen würden, wenn wir bei dem Katatoniker und Hysterischen eine völlige Kongruenz der Ausdrucksbewegungen und des Affektzustandes annehmen würden. Vielmehr bedeutet beim Katatoniker die mimische Bewegung nicht mehr das Mittel, um die inneren Vorgänge nach außen zu projizieren, sondern sie ist bei ihm meist eine reine Zwangsbewegung geworden (z. B. das sinnlose Lachen). Auch treten die beim Gesunden mit gewissen Vorstellungen verbundenen Gefühle bei ihm nicht sofort mit letzteren auf, sind oft zu schwach oder in ihr Gegenteil verkehrt. Daher ist der Katatonische gleichgültig bei den wichtigsten Angelegenheiten, aufgeregt über Nichtigkeiten usw. Der Mangel an innerer Einheitlichkeit und Harmonie ist auch die Ursache, daß die Bewegungen dieser Kranken der Anmut entbehren, daß sie nicht in

abgerundeter Form ausgeführt werden, sondern hölzern, eckig, schlaff und ungeschickt erscheinen. Ebenso entspricht bei Hysterischen die Affektäußerung nicht dem psychischen Zustand, da die körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen über abnorm weite Gebiete hin sich ausdehnen und den Affekt oft lange überdauern. Die Folge ist, daß die hysterischen Ausdrucksbewegungen etwas Übertriebenes, Gemachtes und Theatralisches an sich haben. Dagegen sind wir berechtigt, auf Depression zu schließen, wenn ein Kranker, welcher nicht den erwähnten beiden Kategorien angehört, schlaff in sich zusammengesunken, mit bekümmertem Gesichtsausdruck (nach abwärts gesenktem trüben Blick, nach unten gezogenen Mundwinkeln, senkrechten Falten über der Nasenwurzel, quer verlaufenden Furchen auf der Stirn, Senkung der äußeren, Hebung der medialen Enden der Augenbrauen) dasitzt, die Gestikulation auf das geringste Maß beschränkt, nur leise, zögernd spricht oder nur die Lippen bewegt. Während eines Angstzustandes ist die Körpermuskulatur gespannt, der Unterleib eingezogen, der Kranke ist in lebhafter Bewegung, ringt die Hände, nagt an den Fingern und fügt sich rücksichtslos Kratzwunden zu. Die Augen sind weit offen, die Stirn ist wagerecht gefurcht, Mundwinkel und Augenbrauen zeigen das Aussehen wie bei der Depression, die Nasenflügel sind gehoben. Schnelle oberflächliche Atmung wechselt mit Atempausen oder vereinzelten tiefen Atemzügen. Der Kranke ist völlig unfähig, zusammenhängend zu sprechen, stößt nur abgerissene Worte hervor oder jammert monoton vor sich hin. Verschlimmert sich der Zustand, so ist der Kranke in unaufhörlicher Bewegung, führt allerlei zwecklose Handlungen aus und wird schließlich zu Gewalttätigkeiten gegen die Umgebung oder sich selbst getrieben. Bei der heiteren Erregung finden wir dagegen glatte Stirn, glänzende, lebhafte Augen, Hebung der Oberlippe und der Mundwinkel, lebhafte Gesten, fortwährendes geschäftiges Umherlaufen, Lachen, Singen, Anulken der Umgebung, Verübung ruhestörenden Lärms und Unfugs. Der Zornige zeigt blasse Gesichtsfarbe, Aufeinanderpressen der Lippen, Zähneknirschen, Rollen der Augen, senkrechte Faltenbildung der Stirn, gespannte Muskulatur, Angriffsstellung mit zurück- oder vorwärtsgebeugtem Kopfe, geballten Fäusten, gebeugten Ellbogengelenken, schließlich heftige, rücksichtslose Affekthandlungen. Die Erinnerung ist nachträglich oft mangelhaft. Bei apathischen, verblödeten Kranken sind sämtliche Muskeln erschlafft, der Rumpf ist zusammengesunken, der Unterkiefer hängt herab, die Augen sind oft geschlossen. Während aber bei dem Schlafenden die Pupillen eng sind und sich beim Erwachen erweitern,

sind bei dem nicht schlafenden apatischen Kranken die Pupillen meist mittelweit und verengen sich beim Einfallen von Licht (Ziehen). Tief Verblödete lassen den Speichel aus dem Munde herausfließen.

Um uns über das Gefühlsleben wortkarger, stumpf vor sich hinbrütender Kranker zu unterrichten, fragen wir sie nach ihrem Befinden, nach ihren Angehörigen, nach der Heimat oder den Zuständen der Anstalt. Erreichen wir dadurch keine Reaktion, so richten wir nach Liepmann [29]) an den Kranken eine Anzahl teils sinnvoller, teils

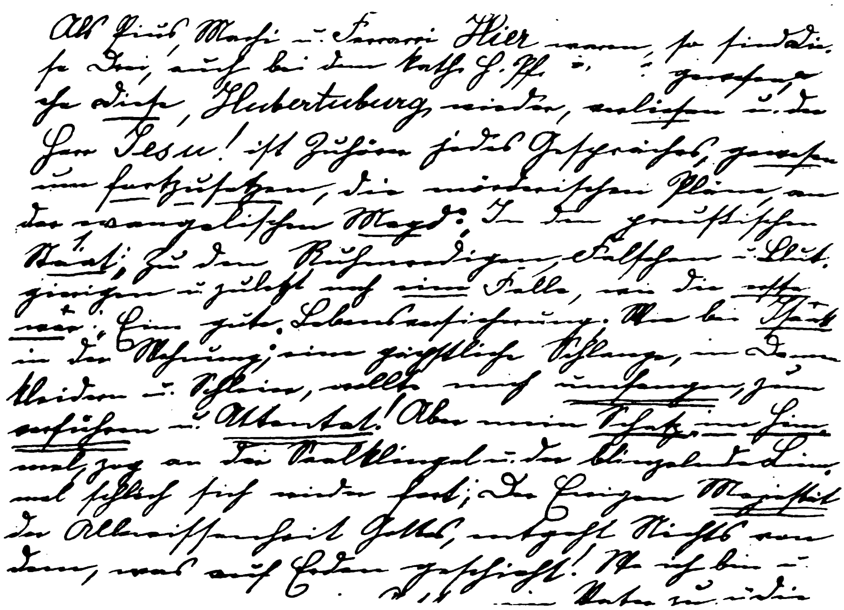


Fig. 8. Schriftprobe: Religiöse Paranoia. Von der Kranken, welche in der Unterhaltung klar und liebenswürdig im Verkehr ist, werden mündlich nie Wahnideen geäußert, während sie täglich Schriftstücke verfaßt, die zahlreiche Wahnideen enthalten (Unterstreichungen).

sinnwidriger Fragen und schließen aus dem auftretenden Affekt, ob sie verstanden sind. Wir fragen z. B.: „Hat der Adler Flügel? Hat die Taube Flügel? Hat das Pferd Flügel? — Hat der Hund Haare? Hat das Radieschen Haare? — Kann ein Vogel fliegen? Kann ein Nachtwächter fliegen?“ Mit Hilfe des erzielten Affekts wird mitunter eine deutliche sprachliche und pantomimische Reaktion erreicht, welche über das Gefühlsleben des Kranken, besonders über dessen Sinn für Humor Aufschluß gibt und zeigt, daß der Patient nicht so stumpf ist als er scheint.

Sehr deutlich prägt sich auch die seelische Veränderung in den Störungen der Sprache aus[42]). Die Angstzustände des Melancholikers veranlassen den Kranken zu monotonem lauten Jammern, die De-

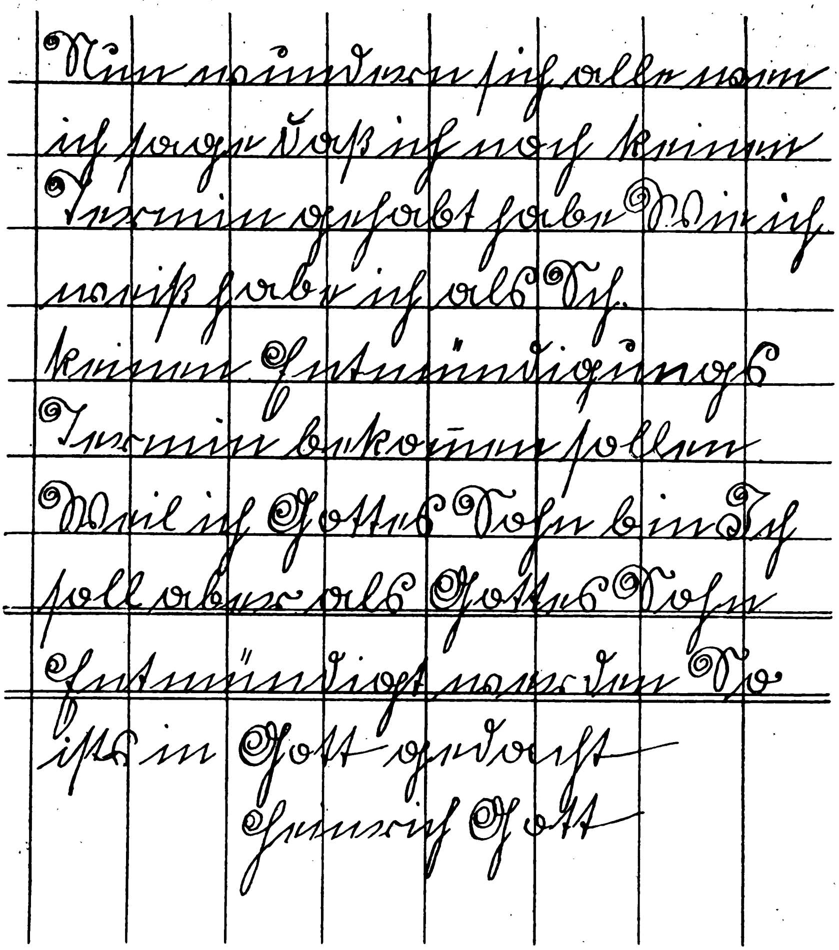


Fig. 9a. Schriftprobe eines Paranoikers, welcher sich periodisch, veranlaßt durch Sinnestäuschungen, für Gott hält und in diesem Zustande sich einer anderen Schreibweise bedient, als gewöhnlich (größere Buchstaben, Verzierungen).

pression des manisch-depressiven Irreseins hemmt den Patienten am Reden, sodaß er leise, zögernd spricht oder nur die Lippen bewegt. Im Gegensatz dazu besitzt der Manische Neigung zu lebhaftem, ideenflüchtigem Schwatzen mit Vorliebe für spaßige Reime und witzige Wortspiele. Die Sprache des Katatonikers zeigt vielfach sinn-

lose Reimerei, ödes Phrasendreschen, die Nebeneinanderstellung von geordneten Sätzen und unsinnigen Einschiebseln, häufige Wiederholung derselben Worte und Sätze (Verbigeration), sonderbare rhythmische Betonung und Neubildung von merkwürdigen Worten, sodaß ein völlig unverständliches Kauderwelsch, ein „Wortsalat“ (Forel) entsteht, der in auffälligem Gegensatz zu der Besonnenheit und klaren Orientierung des Kranken steht. Nach Kräpelin ist die Ursache in einem „Verlust der Fähigkeit, Vorstellungen und deren sprachliche Zeichen in richtiger Weise miteinander zu verknüpfen“ zu suchen. Viel-

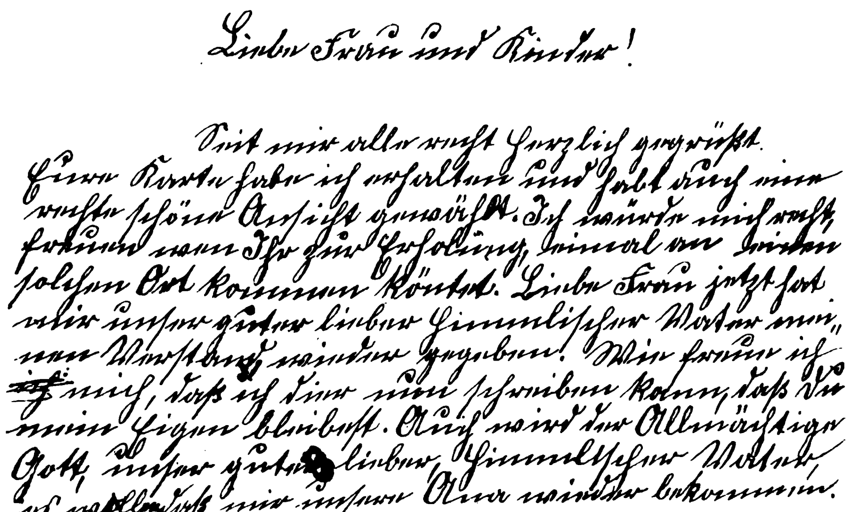


Fig. 9b. Schriftprobe desselben Paranoikers, welche der von Sinnestäuschungen freien Zeit entstammt.

leicht spielt auch die Paralogie, das absichtliche Danebensprechen dabei eine Rolle. Der Paralytiker spricht langsam, stockend, mit monotonem Tonfall, läßt Buchstaben und Silben aus oder verstellt dieselben (Silbenstolpern), wendet sinnlose Worte an, vernachlässigt den Satzbau und spricht nach Kinderart in Infinitiven.

Die schriftlichen Auslassungen der Geisteskranken [35]) sind uns schon deshalb für die Diagnose sehr willkommen, weil viele Kranke ihre Ideen lieber dem Papier als der Umgebung anvertrauen (Fig. 8). Deprimierte Kranke sind allerdings schwer zum Schreiben zu bewegen. Meist bringen sie es nur zu wenig Worten, welche gewöhnlich kleine, dicht aneinander gedrängte Buchstaben aufweisen. Im Gegensatz dazu kann der Manische nicht genug Papier für seine Abhandlungen erhalten. Seine Schrift ist überaus schwungvoll, sehr flüchtig,

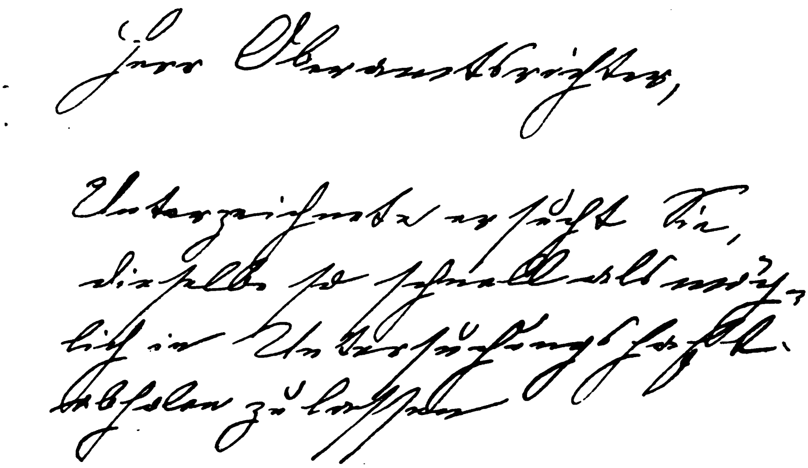


Fig. 10. Schriftprobe bei Melancholie. Der mit zitteriger Hand, offenbar eilig geschriebene, sehr kurz gehaltene Brief zeigt die ängstliche Erregung an, welche die Kranke zum Schreiben trieb.

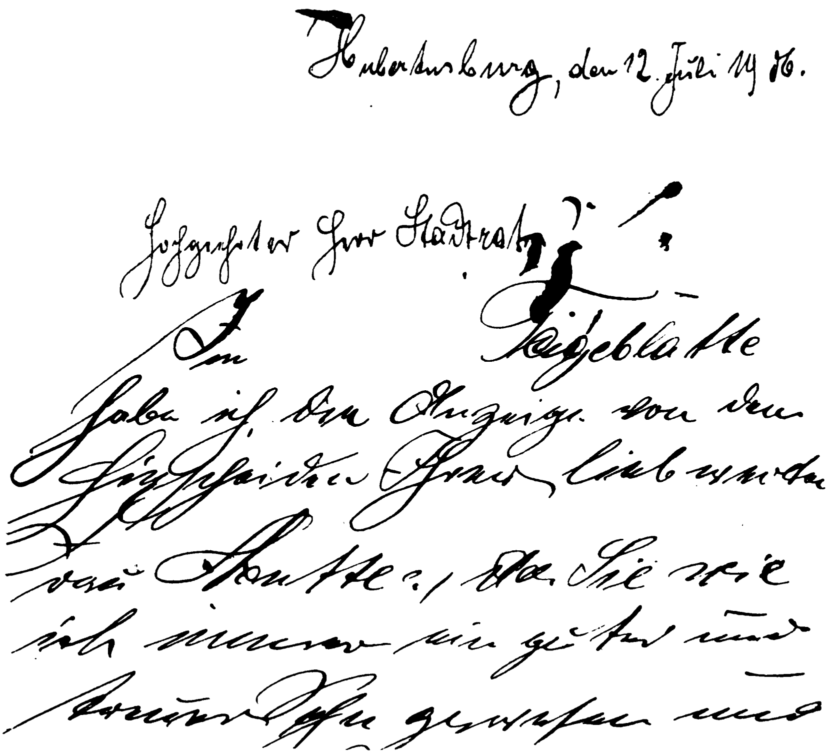


Fig. 11a. Schriftprobe. Manisch-depressives Irresein. Im ruhigen Zustand geschrieben.

oft unleserlich, zeigt große Buchstaben, viele Ausdruckszeichen. Der Kranke springt kühn von einem Gedanken zum andern, produziert formgewandte Reime und ermüdet den Leser durch die häufigen Wiederholungen und die Weitschweifigkeit seiner Ergüsse (Fig. 11 a, 11 b, 11 c). Der Paralytiker läßt Buchstaben und Silben aus, stellt sie um, zeigt zitterige Schriftzüge, verbessert sich häufig, fällt fortwährend aus dem

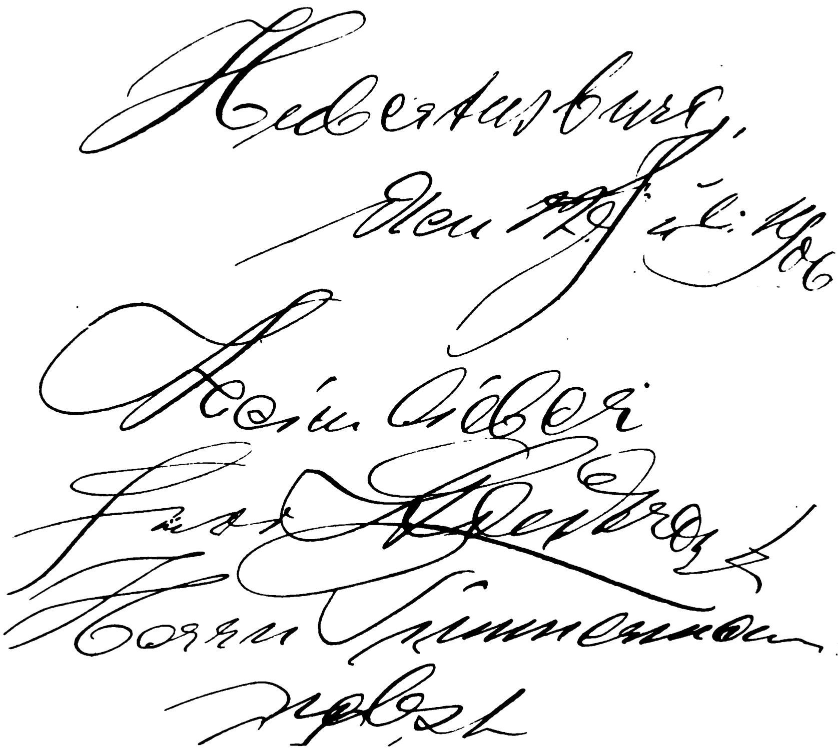


Fig. 11 b. Schriftprobe. Manisch-depressives Irresein. Von demselben Kranken im manischen Erregungszustand geschrieben.

Zusammenhang und hat vollkommen das Gefühl für Form und Anstand verloren, indem er an die höchsten Behörden schmutzige, mit Tinte befleckte, zerrissene Wische absenden will (Fig. 12a, 12b). Der Querulant zeigt nach Kräpelin „eine unheimliche Leistungsfähigkeit in der Erzeugung von Schriftstücken, die in endlosen Wiederholungen seine Klagen, Beschwerden, Schimpfereien enthalten und meist von dicken Unterstreichungen, Ausrufungs- und Fragezeichen, Anmerkungen und Randbemerkungen wimmeln, auch wohl in verschiedenfarbiger Tinte ausgeführt werden. Überreichliche Anwendung der schriftlichen Be-

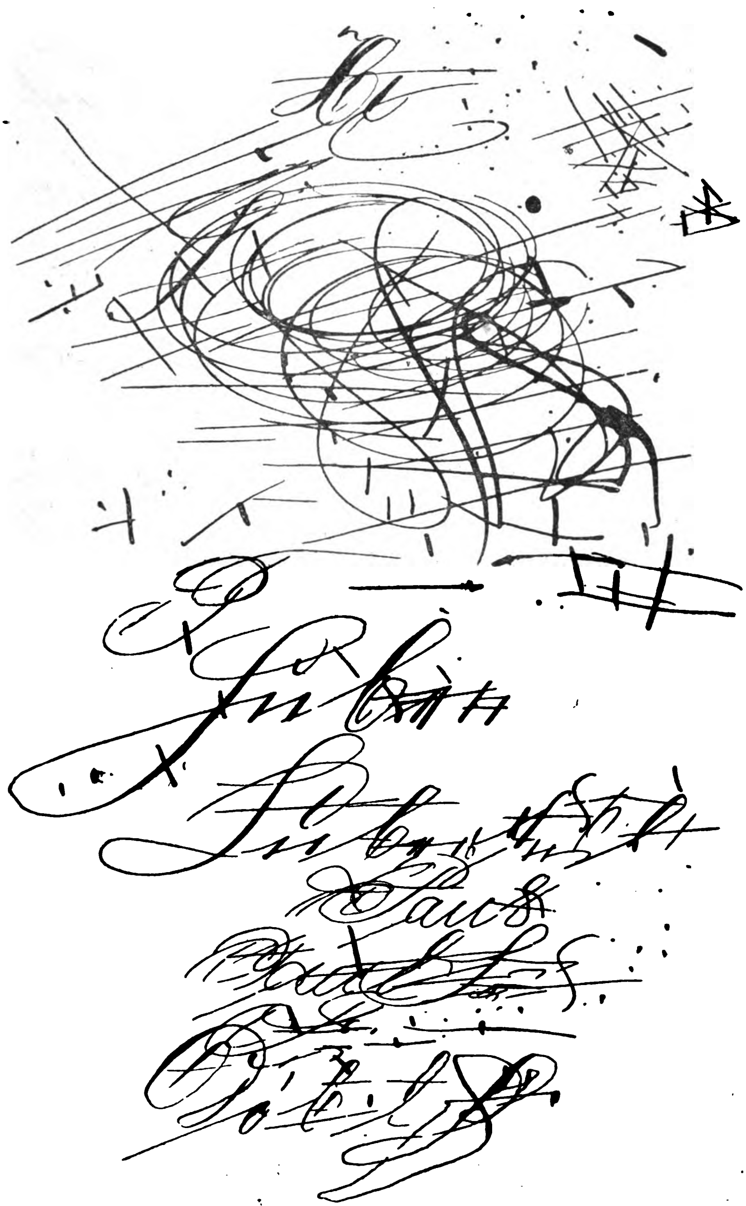


Fig. 11c. Schriftprobe. Während eines lebhaften manischen Erregungszustandes geschrieben.

tonungsmittel pflegt auch von den Hysterischen geübt zu werden.“ In den Schriftstücken der Katatonischen fällt die häufige Wieder-

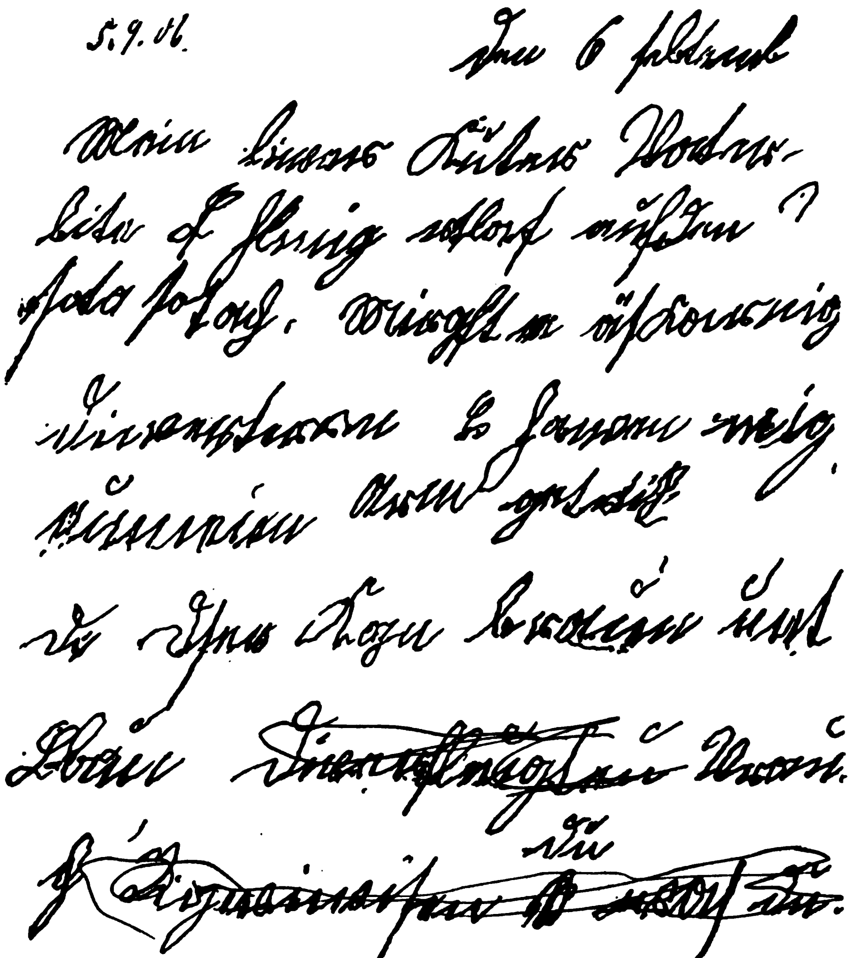


Fig. 12a. Schriftprobe bei progressiver Paralyse: Schriftzüge unregelmäßig, unsicher (Ataxie), zitterig, Auslassung, Wiederholung, Umstellung von Buchstaben und Silben. Durchstreichungen, Verbesserungsversuche.

holung von Buchstaben und sonderbaren Zeichen, die regellose Anwendung großer, kleiner, einfacher und verschnörkelter Buchstaben

sowie das Nebeneinander von sinnlosen Wortreihen und klaren, gutes Wissen verratenden Sätzen auf (Fig. 13, 14, 15).

Auch die Zeichnungen der Kranken vermögen uns einen Fingerzeig für unser Urteil zu geben. Nach Mohr[49]) läßt sich aus den von Paranoikern gefertigten Bildern öfters der Inhalt der Halluzinationen und Verfolgungsideen herauslesen (Fig. 16). Die Erzeugnisse des schwachsinnigen Epileptikers lassen gewöhnlich die pedantische Gründlichkeit, die des Paralytikers den schwachsinnigen Größenwahn erkennen. Der Katatoniker erfreut uns durch ganz absonderliche, symbolische,

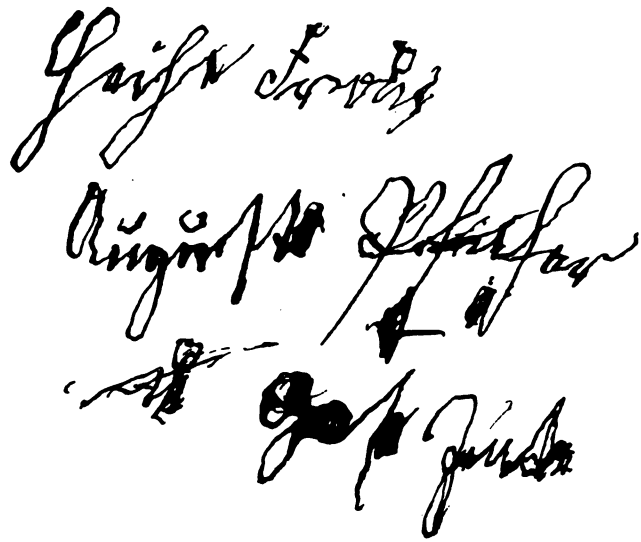


Fig. 12b. Schriftprobe bei progressiver Paralyse im vorgeschrittenen Stadium. Starke Ataxie, deutliches Zittern.

oft ganz unverständliche Zeichnungen, welche durch ihre häufige gleichartige Wiederholung, die gesuchte Art der Ausführung, die Unsinnigkeit des Inhalts auf Stereotypien, Manieren, Zerfahrenheit des Denkens und Urteilsschwäche schließen lassen (Fig. 17). Es empfiehlt sich, die Kranken nach Vorlagen, nach der Natur oder aus dem Kopfe zeichnen zu lassen. Die Prüfung kann noch dadurch variiert werden, daß die Tätigkeit spontan oder auf Aufforderung hin geschieht.

Der Prüfung der Arbeitsleistung und alltäglichen Hantierung des Kranken, welche eine sehr notwendige Ergänzung zur Intelligenzprüfung darstellt, sind naturgemäß bei einer flüchtigen Betrachtung enge Schranken gesetzt. Auch längere Beobachtung in der Anstalt vermag oft nicht ein vollständiges Bild zu liefern, was der Kranke

eigentlich zu leisten vermag, da die Gelegenheiten zur Arbeit daselbst beschränkter sind als in der Außenwelt, die Wiedererweckung und Neubildung von Gedankenkomplexen sowie das Auftauchen von



Fig. 13. Schriftprobe einer Katatonischen. Die Buchstaben in verschiedener Ausführung und Größe. Die Worte kreuz und quer durcheinander geschrieben. Sonderbare Schnörkel, eigenartige Interpunktion. Zahlreiche Wiederholungen. Fortwährend wechselnde sinnlose Einfälle, Fehlen des Zusammenhangs.

Willensimpulsen durch die monotone Regelmäßigkeit des Daseins sowie die mangelnde Anregung seitens der oft blöden Umgebung verhindert, und der Kranke abgestumpft wird. Es fehlen eben naturgemäß in der Anstalt die die Intelligenz konservierenden, vielseitigen

Lebensreize der Außenwelt, besonders die Anregung durch — Befriedigung in ideeller und materieller Beziehung gewährende — Arbeit.

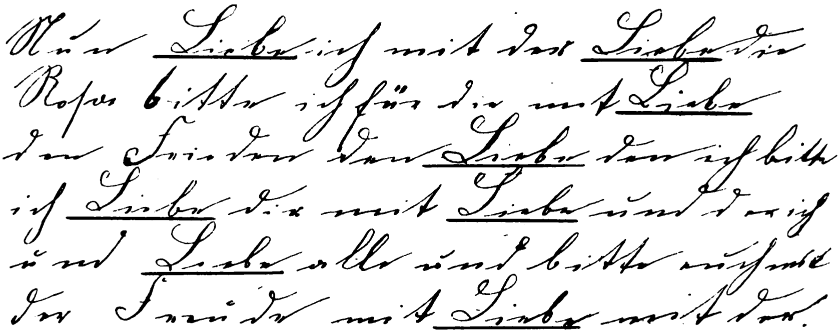


Fig. 14. Schriftprobe: Wortwiederholungen und Unsinnigkeit des Inhalts bei dementia praecox.

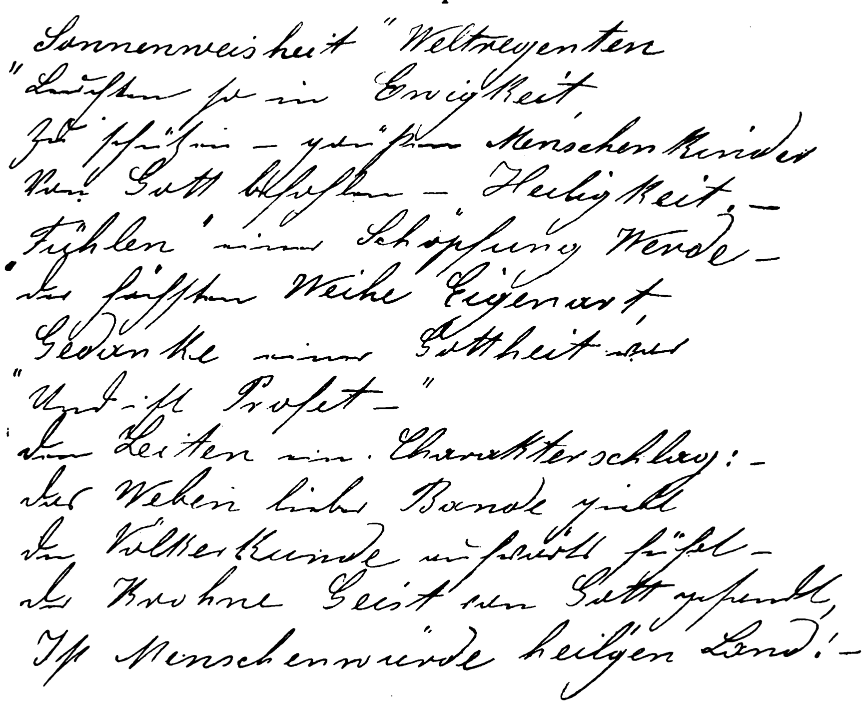


Fig. 15. Dichtung einer an dementia paranoides leidenden Kranken, welche sich für einen Professor der Philosophie hält und glücklich ist, wenn sie ihr sinnloses Phrasengeklingel jemandem vorlesen kann.

Oft leistet daher ein anscheinend völlig stumpfer Kranker nach seiner Beurlaubung infolge der vermehrten Anregung draußen weit mehr als von ihm erwartet wurde.

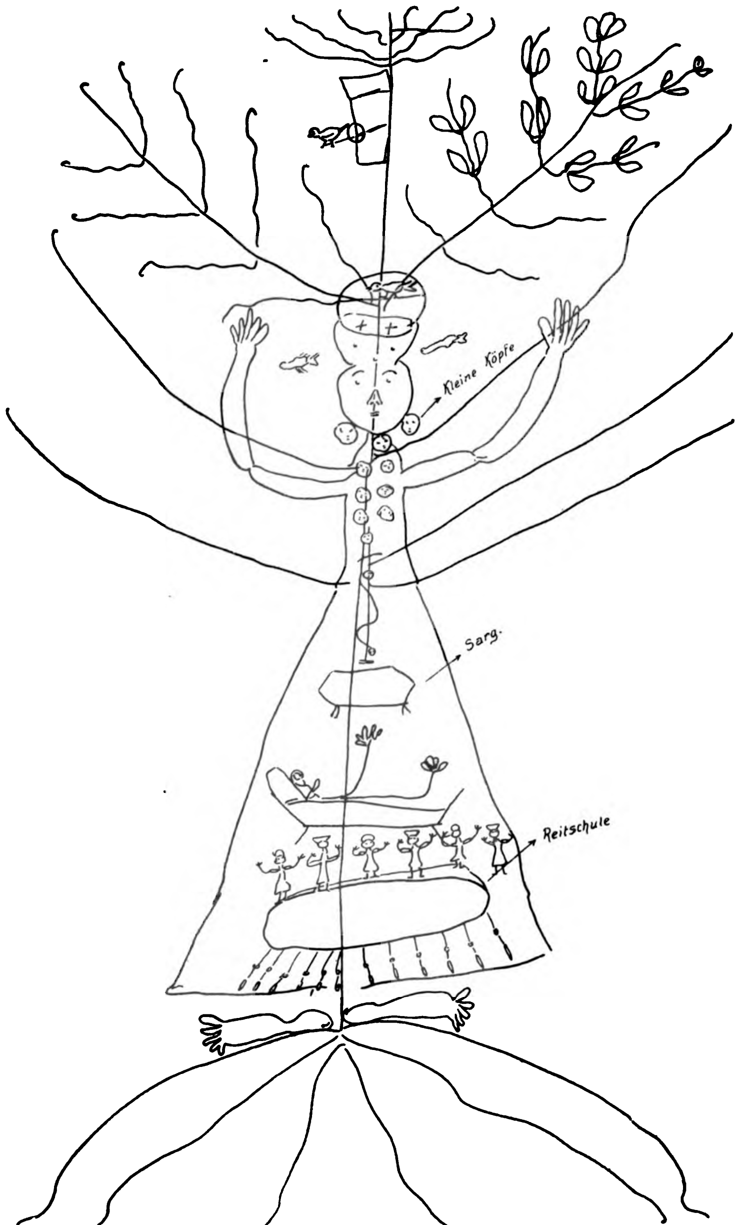


Fig. 16. Zeichnung einer an dementia praecox leidenden Kranken. Darstellung der die Patientin quälenden Sinnestäuschungen.

Um nun, wenn es sich um eine Beurlaubung usw. handelt, über die gemütliche Tiefe, Anpassungsfähigkeit, Beständigkeit, Initiative und Fähigkeit der produktiven Verwendung der Intelligenz eines Kranken ins Klare zu kommen, kurz, um außer der Intelligenzprüfung eine Willensprüfung, welche von ihr eigentlich nicht getrennt werden kann, vornehmen zu können, ist es nötig, den Kranken, soweit sie dazu imstande sind, Gelegenheit zur Betätigung zu geben. Wir lassen sie z. B. möglichst selbständig berufliche oder häusliche Arbeiten ausführen, geben ihnen Geld in die Hand, um ihre Dispositionsfähigkeit zu prüfen, lassen sie Spaziergänge und kleine Reisen unternehmen,



Fig. 17. Phantastische Zeichnung eines an dementia praecox leidenden Kranken (früher Offizier). Dieselben Zeichnungen immer wiederholt.

vermitteln schriftlichen und persönlichen Verkehr mit den Angehörigen, beobachten sie bei dem Umgang mit Personal und Mitkranken, studieren ihr Verhalten in der Kirche, ihr Interesse für die Leiden und Freuden des Anstaltslebens, für die durch die Zeitungen übermittelten aktuellen Fragen der Gegenwart usw.

Aber auch schon die alltäglichen spontanen Verrichtungen geben uns einen Begriff davon, ob der Kranke imstande ist, einen geordneten

Gedankengang durchzuführen, Zielvorstellungen festzuhalten, klar zu urteilen, ob er ferner aufmerksam oder leicht ablenkbar, gemütlich anregbar oder stumpf ist. Wir beachten z. B., ob der Kranke seine Kleider in Ordnung halten kann, sauber einhergeht, ob er imstande ist, seinen Rock zuzuknöpfen, die Türe zu verschließen, ein Streichholz anzubrennen, sich ein Glas Wasser einzugießen, wie er sich beim Grüßen, Essen, Ankleiden verhält. Doch müssen wir bei unseren Beobachtuugen uns hüten, auf Blödsinn zu schließen, solange der Kranke gemütlich erregt und verwirrt ist, ängstliche Spannung, katatonische Sperrung oder depressive Hemmung zeigt.

Fordern wir dann den Kranken auf, verschiedene Bewegungen auszuführen, so müssen wir berücksichtigen, daß der Patient möglicherweise an Taubheit, Sprachtaubheit (mangelndes Verständnis für die gehörten Worte), motorischer Sprachstörung, Apraxie (Unfähigkeit, Gewolltes in Bewegung umzusetzen) leidet und dadurch unberechtigterweise in den Verdacht der mangelnden Intelligenz kommen kann. Beachtet ein Kranker sprachliche Aufforderungen nicht, so ist es daher ratsam, um Bewußtseinsstörung, tiefe Demenz mit nicht erweckbarer Aufmerksamkeit, Mangel an gutem Willen, Sprachtaubheit oder gewöhnliche Taubheit als Ursache seines Verhaltens festzustellen, den Patienten durch Gesten zur Nachahmung vorgemachter Bewegungen zu bestimmen, oder man legt ihm eine Sammlung von Gegenständen z. B. Kuvert, Kerze, Siegellack, Petschaft, Streichhölzer, vor und versucht, ihn durch Gesten zur zweckmäßigen Benutzung der Dinge aufzufordern. Ist dies von Erfolg begleitet, so kann nur Sprachtaubheit oder gewöhnliche Taubheit vorliegen. Wird die Handlung aber falsch oder ungenau ausgeführt, so kann die nach Liepmann[41]) weit verbreitete Apraxie die Ursache des Mißerfolges sein. Da dieselbe auf einzelne Muskeln beschränkt sein kann, so muß bei der Aufforderung zur Ausführung von Körperbewegungen die gesamte Muskulatur durchgeprüft werden. Es gelingt so mitunter, ein nicht apraktisches Muskelgebiet aufzufinden und durch die prompte Reaktion desselben das Verständnis des Betreffenden für die Aufforderung zu beweisen und ihn von dem Verdacht des Blödsinns zu befreien. Nicht worttaube Kranke prüft man nach Liepmann auf Apraxie, indem man folgendes ausführen lässt:

a) einfache Bewegungen, z. B. in die Hände klatschen, die Zunge zeigen;

b) Ausdrucksbewegungen (drohen, winken, lange Nase machen, Gruß, Schwur);

c) Markieren von Zweckbewegungen (an die Türe klopfen,

Fliegen fangen, Klavier spielen, klingeln, Geld aufzählen, Schwimmbewegung);

d) Zweckbewegungen (Zigarre rauchen, Licht anzünden, Wasser eingießen, Marke aufkleben, quirlen, Knoten machen);

e) Nachahmen einfacher und komplizierter Bewegungen, und zwar optisch und kinästhetisch gegebener (dem Patient Arm und Hand geführt). Mit Hilfe dieser Methode läßt sich der Agnostische (Seelenblinde), der die Gegenstände nicht erkennt, von dem Apraktischen unterscheiden. Ersterer wird nämlich die Handlungen unter a) und b) (intransitive Bewegungen, bei denen das Erkennen des Objekts unwesentlich ist, und der Kranke nur auf seine Erinnerung angewiesen ist) richtig ausführen, diejenigen unter c) und d) (transitive Bewegungen, welche ein Erkennen des Objekts voraussetzen) aber verfehlen. Der nur leicht Apraktische dagegen wird wohl die Zweckbewegung unter d) richtig ausführen können, weil ihm die Gegenstände einen Anhalt für seine Aufgaben geben, aber bei den übrigen Bewegungen versagen. In schweren Fällen wird er keine der verlangten Handlungen zur Ausführung bringen können.

Zu Irrtümern kann bei der Prüfung auch die Erscheinung der Perseveration führen, d. h. das Haftenbleiben einmal aufgetretener Vorstellungen oder Willensimpulse. Der Kranke, der sich eben eine Zigarre angebrannt hat, benennt jeden weiteren Gegenstand ebenfalls als Zigarre oder steckt ihn gleichfalls in den Mund. Es kann dadurch Seelenblindheit, Sprachtaubheit, Apraxie oder Blödsinn vorgetäuscht werden. Der Fehler kann bei der Untersuchung nur dadurch vermieden werden, daß immer nur die erste Reaktion als maßgebend angesehen, und nach jeder Bewegung oder sprachlichen Reaktion eine größere Pause gemacht wird.

Methodik der Intelligenz- und Kenntnisprüfung.

Es ist zwar dem Erfahrenen möglich, durch eine einfache Unterhaltung den Schwachsinn eines Menschen zu erkennen, doch gehört zu einem exakten und gründlichen Nachweis von Intelligenzdefekten die Benutzung bestimmter Prüfungsmethoden. Eine Intelligenzprüfung darf sich nun nicht auf rein gedächtnismäßige Leistungen, z. B. Schulwissen, Rechnen, beschränken, sondern muß sich auch auf die Kontrolle der Auffassung von Sinneseindrücken, des Gedächtnisses (Erinnerungen an frühere Vorgänge), der Merkfähigkeit (Erinnerung an Erlebnisse der jüngsten Zeit), der Aufmerksamkeit, der

Ordnung des Vorstellungsablaufs, des Urteilens uud Schließens sowie des Selbstbewußtseins erstrecken. Leider sind gerade die höheren psychischen Prozesse, wie Initiative, Geschmack, Verständnis für feineren Witz, schöpferische Gestaltungskraft einer genaueren Beobachtung sehr wenig zugänglich. Wir müssen uns daher bewußt bleiben, daß die Wissens- und Intelligenzprüfung uns nicht ein allseitiges Bild der höheren Geistestätigkeit des zu Prüfenden geben können, sondern daß die Beobachtung des ganzen Verhaltens, der Lebensführung des Kranken, die Kritik der produktiven Verwertung seiner Fähigkeit, die Würdigung seiner Arbeitstätigkeit — alles immer im Vergleich zu den früheren Leistungen — hinzukommen muß. Wir dürfen ferner nicht vergessen, daß durch gemütliche Erregung, halluzinatorische Verwirrtheit, Bewußtseinstrübung, ängstliche Spannung, katatonische Sperrung, depressive Hemmung, geistige Erschöpfung, schwere körperliche Indisposition, Intelligenzmangel vorgetäuscht werden kann. Technische Schwierigkeiten erwachsen dem Prüfenden mitunter durch den Mangel an gutem Willen seitens des Kranken. Um nun einen Maßstab dessen zu finden, was man bei einer Intelligenzprüfung verlangen kann, muß man über die früheren Leistungen des Prüflings orientiert sein, sowie Alter, Geschlecht, Herkunft, Erziehung, Bildungsgelegenheit und Beruf berücksichtigen.

I.

Rodenwaldt (60) hat sich bemüht, durch Untersuchung Gesunder einen derartigen Maßstab für Wissens- und Intelligenzprüfungen Geisteskranker an die Hand zu geben. Er nahm z. B. eine Kenntnisprüfung bei 174 Kavallerierekruten (Arbeiter und Landbewohner einiger Provinzen Preußens) in der Weise vor, daß er Stichproben aus allen Wissensgebieten entnahm, deren Kenntnis man beim Volke voraussetzen kann. Verfasser sagt am Schlusse seiner Arbeit: Das Resultat der Untersuchung, im allgemeinen betrachtet, ergibt einen derartigen Tiefstand des geistigen Inventars, eine solche Fülle nicht erwarteter Defekte in großem Prozentsatze, wie sie bisher in der psychiatrischen Literatur niemals angenommen wurde. So weit man Defektstörungen zur Diagnose der Imbecillität, Dementia praecox, Paralyse usw. angestellt findet, werden Defekte schon als charakteristisch für krankhafte Zustände angenommen, die die Mehrzahl der von mir untersuchten Leute als hochgradig geisteskrank erscheinen lassen würden. . . . In der Psychiatrie kann jedenfalls eine reine Prüfung der Wissensdefekte nicht verwendbare Defekte ergeben, denn jeden Defekt des Wissens kann man auch beim Gesunden erwarten.“

II.

Ähnliche ungünstige Erfahrungen wie Rodenwaldt machten Pasta Lombroso — Carrara und Mario Carrara — Turin bei einer psychischen Untersuchung niederer italienischer Volkskreise (45). Das Ergebnis der Umfrage, welche sich auf die Erklärung einer Anzahl von das Gebiet der reinen Vernunft sowohl als das ethische Empfinden betreffenden Begriffen, wie Astronomie, Mikroskop, Kolonie, Auswanderung, Universität, Missionar, Gerichtshof, Handel, Sparsamkeit, eingeboren, ungerecht usw., bezog, war folgendes: „Aus einer zusammenfassenden Beurteilung aller dieser Äußerungen ergibt sich demnach als eigentlicher und wesentlicher Bestandteil der niederen Volksseele eine außerordentliche Trägheit des Gedankens, eine unabänderliche Teilnahmlosigkeit gegen die umgebende Welt, was Politik, Religion, Kultur im allgemeinen anbelangt. Kein Kritikvermögen, keine Auflehnung gegen das Hergebrachte. Nirgends ein Anzeichen, daß im Verlaufe des besten Mannesalters, von den zwanziger zu den sechziger Jahren, die Ideen dieser Volksschicht sich etwa ausgestalten, erweitern und klären, sondern sie bleiben im Geiste des Erwachsenen dieselben wie in der Jugend.

Die Ursachen dieses schwerwiegenden Umstandes sind nicht in einem Mangel an geistiger Begabung zu suchen — denn viele unter den Befragten müssen als sehr intelligent bezeichnet werden —, sondern vielmehr in der stets sich gleichbleibenden Umgebung, in der Junge und Alte ihr Leben hinbringen, der sie ihre Eindrücke entnehmen. in der dieselben Arbeiten, derselbe Umgang, die gleichen Gespräche und Ereignisse im grellen Gegensatz zum raschen Wechsel der Eindrücke im Leben höherer Stände ihrem Dasein das Gepräge unfruchtbarster Eintönigkeit verleihen.“

Während also das Ergebnis der Kenntnisprüfung im allgemeinen nicht als Maßstab zur Unterscheidung von geistig gesund und krank angenommen werden kann, glaubt Rodenwaldt aus der Art der Reaktion auf die Begabung schließen zu dürfen. Begabte werden z. B. besser über ihren Besitzstand orientiert sein als Unbegabte, werden nicht ins Blaue hineinreden, sondern lieber sagen: „das weiß ich nicht“. Ferner ist für die Beurteilung der Begabung wichtig, ob der Betreffende vermag, sich aus seiner gewohnten Denkweise in eine andere hineinzudenken, z. B. beim Rückwärtsaufzählen des Alphabets. Endlich ist es wesentlich, ob er imstande ist, charakteristische Definitionen zu geben und sich bei ungewohnten Fragen mit seinem Wissen behelfen kann. Leute mit auffälligen Defekten und sehr langer Reaktionszeit gelten auch im praktischen Dienst für

dumm. Nach Berze (2) hätte Rodenwaldt außer den allgemeinen Kenntnissen nach die „speziellen Berufskenntnisse und die Kenntnisse, die im speziellen Falle nach dem Bildungsgrad derjenigen Personen, die auf das Individuum bildend eingewirkt haben, zu erwarten waren, prüfen müssen ... Eine Art verminderte Maturitätsprüfung, wie man die Inventaraufnahmen nach Art der Rodenwaldt'schen nennen möchte kann da nicht zum Ziele führen".

III.

An anderer Stelle (61) gibt Rodenwaldt ein Schema für eine Intelligenzprüfung. Intelligenz ist nach ihm „die Fähigkeit der Psyche, ihren Vorstellungen in möglichst kurzer Zeit, auf kürzestem Wege und mit geringster Behinderung diejenige Bereitstellung zu geben, die zur zweckmäßigen Reaktion nötig ist, kürzer: Die Anpassung der Psyche an den Zweck. Die Prüfung dieser Fähigkeit muß also darauf hinauslaufen, festzustellen, wie weit der Untersuchte imstande ist

1. in seinem Besitze befindliche Vorstellungen aus alten festen, lange bestehenden, gewohnten Verbindungen zu lösen und in andere überzuführen, und

2) wieweit er imstande ist, gar nicht oder nur locker verknüpfte aus ferneren Komplexen herbeizuholen und neu einzuordnen, dies also seine Assoziationsbreite. Jn der Lösung mehr als in der Schließung der Assoziationen liegt die Intelligenzleistung. ... Es handelt sich nur darum, daß bewußt die einfache sich aufdrängende Assoziation ausgeschaltet wird und eine stärkere Willensbetonung auf eine schwächere gelegt wird. ... Hier fällt also die Leistung der Intelligenz ganz und gar mit dem Willen zusammen, dem Willen, der das Alte vernichtet und das Neue, Zweckmäßigere sucht, dem Willen, den wir überhaupt wirkend in dem ganzen Leben unserer Natur erkennen. ... Und größeren, weitsichtigen Aufgaben gegenüber wird derjenige am besten bestehen, der neben jener Eigenschaft, zu lösen und den kürzesten Weg zu finden, die größte Assoziationsbreite besitzt. ... Nietzsches Zauber auf die Gemüter junger Menschen beruht gewiß zum großen Teile auf seinen verblüffenden Gedankensprüngen, also seiner enormen Assoziationsbreite.

Prüfungs-Schema.

A) Prüfung des Vermögens, Vorstellungen zu erwerben.
   I) der Bedingungen des Erkennens,
      a) körperliche Untersuchung der Sinnesorgane,
      b) Aufmerksamkeit,

1) abgelenkte, auf Nebendinge gerichtete Aufmerksamkeit (während intensiver Befragung gleichgültige Handlungen vornehmen),
2) spontane (unwillkürliche) Aufmerksamkeit (Prüfung unauffällig abbrechen, den Prüfling sich selbst überlassen, nach 5 Minuten die Augen schließen und angeben lassen, was sich in der Stube befindet),
3) angespannte Aufmerksamkeit. (Nach Stern'scher Methode geprüft, nach welcher die Reproduktion von durch angespannte Aufmerksamkeit erworbenen Vorstellungen nach einiger Zeit wiederverlangt wird),

c) Merkfähigkeit (Geprüft nach Ebbinghaus, Über eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten. Hamburg, Leipzig 1897, Seite 16),

II) der reinen Erkenntnis selbst (geprüft durch Lachen nach verstandenem Witz, vom feinem Witz zum gröberen herabgehen, bis Reaktion des Lachens eintritt),

B) Prüfung des Vorstellungsschatzes (Kenntnisprüfung) und Prüfung der Erkenntnis des Sinnes und Grundes der Vorstellungen.

Ia) lineare Prüfung durch Aufzählenlassen (Prüfung, wieweit jemand aneinandergefügte Begriffsreihen besitzt)
1) A B C,
2) Wochentage,
3) Monate,
4) Jahreszeiten,
5) Zahlenreihen (höhere über 300, gerade und ungerade),
6) militärische Vorgesetzte,

b) planimetrische Prüfungen
1) Horizont der örtlichen Orientierung (Himmelsrichtungen z.B.)
2. Horizont der religiösen Orientierung,
3. „ „ sozialen „ ,
4. „ „ geographischen „ ,
5. „ „ historischen „ ,

c. stereometrische Prüfung (der geistigen Kapazität),
1. Gedächtnisprüfung nach Stern (Patient über ein vor einigen Wochen gezeigtes Bild befragen),
2. Schulkinder: Pensum einer Klasse vor und nach Absolvierung eines neuen Pensums (prüfen, welche neuen Vorstellungen die alten verdrängt haben),
3. Einschränkung der Kapazität bei
a) Gefangenen,

b) lange bettlägerigen Kranken,
c) Reservisten,

4. Erweiterung der Kapazität bei Soldaten. Prüfung am Anfang und Ende der Dienstzeit.
5. Notwendige Inkubationsdauer und Intensität aktueller Geschehnisse.

II. Die Erkenntnis des Sinnes der Vorstellungen,

a) Definition b) Unterscheidungen	a) konkreter Begriffe b) einfacher abstrakter Begriffe (z. B. Bescheidenheit, Frömmigkeit, Gans-Ente, Pferd-Esel, Berg-Gebirge).

III. Erkenntnis des Grundes der Vorstellungen. Einfache Fragen (und Weiterfragen), z. B.: Warum läuft ein Wagen besser auf glattem Boden? Warum erlischt ein Licht, wenn ich es mit Glas bedecke? Was schwimmt oben, was geht unter, Kork oder Eisen? Warum?

C) Prüfung der Wirksamkeit des Intellekts mit Hilfe der vorhandenen Begriffe (Kombinationsfähigkeit = Fähigkeit, mit seinen Begriffen zweckmäßig zu arbeiten).

Die Kenntnisprüfung muß als sichere Grundlage vorliegen, ehe man Leistungen verlangt. Geistiges Unvermögen liegt mitunter am Fehlen der Begriffe.

1. Rückwärtsherzählungen.
   a) Wochentage,
   b) Monate,
   c) militärische Vorgesetzte,
   d) A B C (sehr schwer).
2. eingekleidete Rechenaufgaben (nach vorherigem Feststellen des Rechenvermögens), a) Addition, b) Subtraktion, c) Multiplikation d) Division.
3. Aufsuchen von Gleichklängen (reimen)."

IV. **Intelligenzprüfung** nach Ernst Schulze und Karl Rühs (63).

Anknüpfend an eine von der Medizinalabteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums herausgegebene Arbeit: „Über die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen" im 30. Heft der „Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens" 1905 haben Ernst Schulze und Karl Rühs (63) folgendes Schema zur Intelligenzprüfung zusammengestellt:

1. Wie heißen Sie? 2. Was sind Sie von Beruf? 3. Konfession?

4. Wann sind Sie geboren? 5. Wo geboren? 6. Wie alt sind Sie? 7. Wieviel Einwohner hat Ihr Wohnort? 8. An welchem Flusse liegt Jhr Wohnort? 9. Bei welchem Gebirge? 10. Bei welcher größeren Stadt? 11. Seit wann sind Sie Soldat? 12. Wie heißt Ihr Regiment? 13. Farbenproben? 14. Wieviel kostet eine Semmel? 15. Ein Stadtbahnbillet? 16. Ein Morgen Land? 17. Wieviel Klassen gibt es auf der Eisenbahn? 18. Welche ist die billigste? 19. Wie reist man nach Amerika? 20. Woraus wird Brot gemacht? 21. Woher kommt Most? 22. Wann werden die Blätter welk? 23. Wann ist die Ernte? 24. Wann ist Weihnachten? 25. Wieviel Tage hat die Woche? 26. Wieviel Tage hat der Monat? 27. das Jahr? 28. das Schaltjahr? 29. Wie heißen die Wochentage? 30. die Monate? 31. Wieviel Beine hat der Maikäfer? 32. Wieviel Pfennige hat ein Taler? 33. Wieviel Pfennige hat ein halber Taler? 34. Wenn Sie beim Kaufmann für 1,67 M Waren kaufen und geben einen Taler hin, wieviel bekommen Sie zurück? 35. Farbe einer Zehnpfennigmarke? 36. einer Fünfpfennigmarke? 37. Wenn ich eine Zahl, die ich mir denke, mit 3 multipliziere, kommt 9 heraus, welche Zahl habe ich mir gedacht? 38. Unterschied zwischen Zehnpfennigstück und Markstück? 39. Zwischen Baum und Strauch? 40. Zwischen Fluß und Teich? 41. Zwischen Korb und Kiste? 42. Zwischen Irrtum und Lüge? 43. Nennen Sie mir ein Beispiel von Dankbarkeit, 44. von Neid. 45. Was ist das Gegenteil von Tapferkeit? 46. Kurze und einfache Geschichte, die ein undankbares Betragen schildern soll? 47. Die Zahlenreihen 9, 7, 6, 8, 5, 3 soll der Untersuchte in derselben Reihenfolge nachsprechen. 48. Man stelle fest, ob der Untersuchte die unter No. 34 vor etwa 5 Minuten getane Frage noch anzugeben weiß. 49. Namen der Vorgesetzten? 50. Wochentage rückwärts? 51. Monatsnamen rükwärts? 52. Ein Bild beschreiben und erklären lassen. 53. Man erzähle eine kurze, einfache Geschichte, lasse sie wiedererzählen und stelle fest, ob das Wesentliche erfaßt ist. 54. Ebbinghaussche Methode. Beispiel: Es war — mal ein Sold —, der hat — dem Kön — lange J. — treu ged —; als ab — der Kr — zu Ende war, und der S —, der vielen Wun — wegen, die — empf — h —, — weiter dienen kon —, sprach der K — zu ihm .... 55. Masselonsche Methode: Der Untersuchte soll aus drei ihm genannten Wörtern einen Satz bilden.

Beispiele: Jäger, Hase, Feld; Soldat, Gewehr, Hand; Wasser, Berg, Tal; Sonne, Fenster, Stube; Vogel, Baum, Nest; Frau, Milch Butter; Richter, Dieb, Gefängnis.

Den Prüflingen wurde verboten, über die Prüfung mit anderen

zu sprechen, um Beeinflussung zu vermeiden. Eine neue Frage wurde erst dann gestellt, wenn der Prüfende die Überzeugung gewann, weiteres Warten sei zwecklos. Der von Bleuler betonte Emotionsstupor wurde dadurch möglichst ausgeschaltet, daß der Prüfende ein Zivilarzt war.

Nach Berze(2) ist es „nötig, daß die Fragen des Schemas möglichst geringe Anforderungen an den zu Prüfenden stellen, vor allem nicht etwa Gegenstände, deren Kenntnis „Bildung“ voraussetzt, sondern nur solche, die das Leben dem Individuum aufzudrängen pflegt, betreffen; dieser Bedingung entspricht das von Schulze und Rühs untersuchte Schema wohl unter allen bisher bekannt gewordenen Fragenzusammenstellungen noch am besten. Und wesentlich erhöht wird die Brauchbarkeit des Schemas für den bezeichneten Zweck noch, wenn die Fragen nicht nur dem Zweck der Inventarprüfung, sondern auch dem der direkten Intelligenzprüfung entsprechen, was für das in Rede stehende Schema gleich zutrifft, zumal sich, wie Schulze und Rühs betonen, aus der Fragensammlung ganz gut „15 Wissensfragen 15 Urteilsfragen gegenüberstellen“ ließen. — Über die Erkennung des schon ziemlich hochgradigen Schwachsinns hinaus reicht aber die Brauchbarkeit des untersuchten Schemas und wahrscheinlich jedes anderen denkbaren Schemas nicht.“

V.

Sommers „Schema zur Untersuchung von Geisteskranken“ (64).

Professor Sommer, welcher für psychologische Laboratoriumsversuche zahlreiche, komplizierte, exakt arbeitende Instrumente erdacht hat, hebt in seinem Lehrbuch (37) hervor, daß sich für die gewöhnliche klinische Untersuchung Geisteskranker möglichst einfache, immer mit denselben Reizen arbeitende Methoden empfehlen, damit durch Anstellung gleichartiger Versuche an einem großen Material vergleichbare Resultate beschafft werden können. Er hat daher ein Schema entworfen, welches folgende Fragen behandelt: (die Fragen über den körperlichen Zustand (A) und die Entwickelung der Krankheit (B) sollen hier unberücksichtigt bleiben.)

C. Psychologischer Zustand.

I. Sprache: Nach Prüfung des motorischen Gebietes (Stottern, Stammeln, Paresen, Zuckungen, Mitbewegungen etc.) Feststellung der Erscheinungen im sensorischen Gebiete (Wortgedächtnis, Paraphasie, Iterativerscheinungen etc.).

II. Bewußtsein, Selbstbewußtsein und Orientiertheit.

Genaue Darstellung der Reaktionen in sprachlicher und physiognomischer Beziehung auf folgende Fragen:

1. Wie heißen Sie?
2. Was sind Sie?
3. Wie alt sind Sie?
4. Wo sind Sie zu Hause?
5. Welches Jahr haben wir jetzt?
6. Welchen Monat haben wir jetzt?
7. Welchen Tag im Monat haben wir heute?
8. Welchen Wochentag haben wir heute?
9. Wie lange sind Sie hier?
10. In welcher Stadt sind Sie?
11. In was für einem Hause sind Sie?
12. Wer hat Sie hierher gebracht?
13. Was sind die Leute in diesem Hause?
14. Wer bin ich?
15. Wo waren Sie vor acht Tagen?
16. Wo waren Sie vor einem Monat?
17. Wo waren Sie vorige Weihnachten?
18. Sind Sie traurig?
19. Sind Sie krank?
20. Werden Sie verfolgt?
21. Werden Sie verspottet?
22. Hören Sie schimpfende Stimmen?
23. Sehen Sie schreckhafte Gestalten?
24. Warum frage ich Sie dies alles?

III. Gedächtnis: Fähigkeit der Reproduktion a) für längst Erlebtes, b) für jüngst Vergangenes. Gedächtnislücken, Fähigkeit, neue Eindrücke zu wecken.

IV. Schulkenntnisse, besonders betreffend folgende Fragen:

1. Alphabet,
2. Zahlenreihe,
3. Monatsnamen,
5. Wochentage,
5. Vater unser,
6. Zehn Gebote,
7. Deutschland, Deutschland über alles,
8. Wie heißen die größten Flüsse Deutschlands?
9. Wie heißen die Hauptgebirge in Deutschland?
10. Wie heißen die deutschen Bundesstaaten?
11. Wie heißt die Hauptstadt von:

a) Deutschland?
b) Preußen?
c) Sachsen?
d) Bayern?
e) Württemberg?
f) Hessen?

12. Zu welchem Staate gehören Sie?
13. Wer führte 1870 Krieg?
16. Wer führte 1866 Krieg?
15. Wie heißt der jetzige deutsche Kaiser?
16. Wann starb Kaiser Wilhelm I.?

V. Rechenvermögen: Genaue Darstellung der Reaktionen in rechnerischer und sonstiger Beziehung auf folgende Fragen (Siehe nebenstehende Tabelle).

VI. Untersuchung der Schrift: Schriftprobe (womöglich Name, Heimat, Geburtstag, Stand). Auffallende Merkmale der Schrift, u. a. Beschaffenheit der einzelnen Buchstaben (z. B. Zittererscheinungen), Verbindung derselben zu Worten, z. B. Auslassung von Buchstaben; Verbindung zu Sätzen, z. B. Fehlen des grammatikalischen Zusammenhanges, Umstellungen.

VII. Sinnestäuschungen. Verursachung durch äußere Eindrücke oder Reizzustände im Nervensystem. Bezeichnung des oder der Sinnesgebiete. Konstanter oder wechselnder Charakter der Sinnestäuschungen. Beziehung zur Vorstellungsbildung. Elementare Sinnestäuschungen, Gedankenlautwerden.

VIII. Wahnideen. Vorsichtige Prüfung, ob Wahnbildung überhaupt vorliegt, besonders bei Klagen über Zurücksetzung, Eifersuchtsideen, u. a. Qualität der Wahnbildung, Verfolgungs- und Größenwahn, konstanter oder wechselnder Charakter der Wahnbildung, Art der Verknüpfung der Ideen, Beeinflussung durch Stimmungen.

IX. Beeinflußbarkeit, Einfluß von psychischen Momenten, besonders Beeinflussung durch Vorstellungen. Suggestibilität im Gebiet der Muskelzustände.

X. Assoziationen. Assoziative Verknüpfung in den spontanen Äußerungen des Kranken. Prüfung der Reaktionen auf zugerufene Reizworte.

XI. Urteilsvermögen. Mangelhafte Beurteilung der Umgebung, Mangel an Selbstkritik, Mangel an Urteil in geschäftlichen Angelegenheiten, Zeichen von Schwachsinn.

XII. Stimmungsanomalien. Qualität der Stimmung, innere oder

Aufgabe	Antwort	Zeit	Bemerkungen
I.			
1 × 3 =	?		
2 × 4			
3 × 5			
4 × 6			
5 × 7			
6 × 8			
7 × 9			
8 × 10			
9 × 11			
12 × 13			
II.			
2 + 2 =	?		
3 + 4			
4 + 6			
5 + 8			
8 + 14			
11 + 20			
14 + 26			
17 + 32			
20 + 38			
23 + 44			
III.			
3 — 1 =	?		
8 — 3			
13 — 5			
18 — 7			
29 — 10			
40 — 13			
51 — 16			
62 — 19			
73 — 22			
84 — 15			
IV.			
2 : 1 =	?		
8 : 2			
18 : 3			
32 : 4			
50 : 5			
18 : 6			
35 : 7			
56 : 8			
81 : 9			
101 : 10			
(x — 3 = 14)	x = ?		
(x + 5 = 11)	x = ?		
(x × 7 = 35)	x = ?		
(x : 9 = 5)	x = ?		

äußere Ursachen derselben, Konstanz oder Wechsel der Stimmung, physiognomischer Ausdruck der Stimmung, sonstige körperliche Begleiterscheinungen, z. B. bei Angst. Einfluß auf den Vorstellungsablauf.

XIII. Störungen des Willens. Unterscheidung der psychomotorischen von den unwillkürlichen Muskelspannungen. Erreglichkeit der motorischen Sphäre, Ausdauer der Innervationen, Katalepsie, Negativismus, Stereotypie an Haltungen und Bewegungen. Beziehung auf bestimmte Vorstellungskomplexe. Abnorme Richtungen des Wollens: Perversitäten.

XIV. Zwangsvorstellungen. Art der zwangsmäßig auftretenden Antriebe. Einfache Antriebe bei Tic convulsif, Zwangsbewegungen. Zwangshandlungen besonders im sprachlichen Gebiet, zwangsmäßig auftretende Ideen. Reaktion des Bewußtseins auf die Zwangsimpulse, subjektives Gefühl des Zwanges bei „Zwangsvorstellungen" im engeren Sinne, Beziehung derselben zur sozialen Umgebung.

XV. Soziales Verhalten. Unreinlichkeit, Störung der Umgebung durch Schreien u. s. f., aggressives Verhalten. Gemeingefährlichkeit.

D. Besondere Wahrnehmungen.

E. Wesentliche Symptome.

(Unter Hinweis auf obigen Befund) Diagnose mit bestimmter Äußerung, ob Geisteskrankheit vorliegt.

usw.

Dem Einwurfe, die Fragen seien zu einfach und plump, begegnet Sommer mit folgender Bemerkung: „Nichtsdestoweniger sind bei der Prüfung einer größeren Reihe von Fällen mit dieser Reihe einfacher Fragen nicht bloß die Grundzüge einer Anzahl von Krankheitszuständen in sehr deutlicher Weise herausgestellt worden, sondern es haben sich mehrfach durch die leichtere Vergleichbarkeit der Resultate wichtige differenzialdiagnostische Gesichtspunkte ergeben. Ferner hat sich die Methode als brauchbar erwiesen, um die Art des Ablaufes von Geisteskrankheiten in übersichtlicher Weise darzustellen." Wesentlich ist noch, daß durch die als Reize wirkenden Fragen nicht nur Schulkenntnisse etc. ermittelt, sondern durch die Art der Reaktion und die mimischen sowie pantomimischen Begleiterscheinungen die Grundeigentümlichkeiten des betreffenden Zustandes klargestellt werden. Bei den einzelnen Psychosen haben sich folgende Besonderheiten herausgestellt:

ad II) Paralyse: Zeitliche und räumliche Orientierung beträchtlich gestört, persönliche Orientiertheit öfters erhalten. Hervortretende körperliche Beschwerden. Sprachliche Iterativerscheinungen (auch bei Katatonie, Epilepsie). Mangel an traurigem Affekt, oft Euphorie. Isolierte Gedächtnisstörungen mit periodischen Schwankungen. Erinnerungstäuschungen. Partielle Defekte im Gebiete der Sprache und des Schriftverständnisses.

Katatonie. Stereotypische Wiederkehr bestimmter Phrasen. Maniriertheit einzelner Antworten. Großer Reichtum des verwendeten Wort- und Vorstellungsmaterials. Interkurrentes Ausbleiben einer Antwort infolge momentaner Hemmung. Überraschende Verbindung von Orientiertheit mit scheinbarer Verwirrtheit und Erinnerungstäuschungen, wobei es sich in Wahrheit offenbar um willkürliche Zutaten, Verdrehungen und Abschweifungen handelt (Paralogie). Anscheinende Wahnideen sind oft bloße Spielereien mit hochtönenden Worten. Es fehlt die assoziative Weiterbildung der Elemente der Frage in der Antwort.

Melancholie: Völlige Orientiertheit. Ängstlichkeit. Ratlosigkeit. Krankheitsgefühl. Hemmung.

Paranoia: Orientiertheit. Wahnideen selbständig, entspringen nicht Stimmungsanomalien. Mitunter sonderbare, unverständliche Sätze, assoziative Weitschweifigkeit, partielle Unorientiertheit = Beginn der sprachlichen Verfallserscheinungen des späteren Verlaufs der Paranoia. Zuletzt verworrenes Konfabulieren.

Amentia: Unorientiertheit.

Manie: Orientiertheit. Störung der Assoziationen (Ideenflucht)

ad III) Erinnerung an Vorgänge bei der Aufnahme. Fähigkeit, sich an Umgebung, Namen des Pflegers etc. zu erinnern. Ereignisse rückwärts bis zum Ausbruch der Krankheit, Zeitdauer des Aufenthalts in der Anstalt und die während desselben fortlaufende Kette von Ereignissen. Erinnerung an optische (bunte Blätter, Wolle, Lichter, Bilder, Selbstbetrachtung des Kranken im Spiegel, eventuell mit verschiedenen Kopfbedeckungen) und akustische Reize (Geräusche, ungewöhnliche sprachliche Ausdrücke).

ad IV).

a) Bei nicht paralytischem Schwachsinn oft Schulkenntnisse gut erhalten. Das Erhaltensein der Schulkenntnisse bildet daher keinen Maßstab für geistige Gesundheit.

b) Bei angeborenem Schwachsinn oft gutes mechanisches, aber mangelndes logisches Gedächtnis.

c) Bei paralytischem und epileptischem Schwachsinn periodische Schwankungen in den Kenntnissen.

d) Bei katatonischem Schwachsinn oft nicht Unwissenheit, sondern bewußtes Danebenreden.

e) Bei Paralyse früh Defekt in den Schulkenntnissen, besonders in gedächtnismäßigen Reihen.

f) Bei Melancholie oft Schein der Unwissenheit infolge der Behauptung des Nicht-Könnens.

g) „Psychische Erkrankungen verschiedenster Art zeigen sich bei der Prüfung der Schulkenntnisse oft nicht durch Unwissenheit, sondern durch Anknüpfung lose zusammenhängender Reden an die Fragen oder durch Reaktionen, die mit pathologischen Ideen zusammenhängen.“

ad V. Zu beachten sind die Art der Lösung, Zeitdauer derselben, physiognomische und sprachliche Nebenerscheinungen, periodische Schwankungen, fortschreitender intellektueller Zerfall, Hemmung, Stereotypien, innere Ablenkung. Am leichtesten ist Multiplikation, am schwersten Division.

Katatonie: Oft auffälliges Danebenrechnen neben guter Leistung. Oft lange Reaktionszeit, besonders bei den verkehrtesten Lösungen. Negativismus (Erfassen und Wegwerfen des Bleistifts). Benehmen (Herumrutschen auf dem Stuhl). Unvermögen durch Stereotypie, Hemmung, Negativismus, Paralogie vorgetäuscht. Physiognomische Sonderbarkeiten.

Iterativ-(Wiederholungs-)Erscheinungen. Nachwirkung von Elementen vorher perzipierter Zahlworte.

Epilepsie: Periodische Störungen.

Paralyse: Fortschreitender Verfall der Rechenfähigkeit.

Angeborner Schwachsinn. Rechnen gelernt, so werden die Lösungen, die nichts sind als Wortassoziationen, mit großer Geschwindigkeit vorgebracht. Fehler sind meist Verwechselungen, indem Glieder der gelernten Reihe übersprungen werden. Lernen oft Multiplikation und Addition.

Paranoia. Mitunter lange Pausen, in denen Patient Wahnideen vorbringt, also Ablenkung durch innere Vorgänge. Rechenleistung sonst gut.

ad X. Angeborener Schwachsinn: Ärmlichkeit der Vorstellungskreise. Zum Teil Mangel an Assoziationen, besonders in der begrifflichen Sphäre. Reden umständlich. Vertrautheit mit gewissen Tätigkeiten und Handgriffen in der beschränkten Sphäre der engeren Umgebung. An ganz unpassender Stelle Freude an Putz etc.

Epileptischer Schwachsinn: Große Dürftigkeit des Vorstellungsschatzes, der sich meist nur auf die Gegenstände der unmittelbaren Umgebung bezieht. Wiederkehren oft Worte, die Gegenstände der gegenwärtigen Umgebung bezeichnen. Reaktionszeiten sehr lang.

Epilepsie ohne deutlichen Schwachsinn: Betonung von egozentrischen und religiösen Vorstellungen (Patient steht zu Gott in besonders enger Beziehung). Unterwürfigkeit, süßliche Höflichkeit. Stereotype Wiederkehr derselben Vorstellungen auf die verschiedensten

Reizworte. Stehende Redensarten, Gemeinplätze. Überwiegen der Tätigkeitsvorstellungen (entspricht dem vielgeschäftigen Wesen des Epileptikers).

Katatonischer Schwachsinn: Unter normalen Assoziationen plötzlich sonderbare Phrasen, Witze, gar keine Antworten oder ganz verkehrte. Wiederholung früherer Antworten an unpassender Stelle. Wechsel von kurzer Reaktion und langen Wortfolgen. Viel Negationen. Die längeren inkohärenten Wortreihen leicht mit manischer Ideenflucht verwechselt. An Stelle der eigentlichen Reaktion auf die Reizworte treten Vorstellungsreihen aus seinem allgemeinen Gedankenkreis ins Bewußtsein. Das Innere überwiegt demnach über den äußeren Reiz.

Manie: Besonders Klangassoziationen, Bildung von Wortreihen Ideenflucht, Zurücktreten der Stereotypie. Klangassoziation bedeutet den Übergang einer Vorstellung zu einer benachbarten, Wiederholung des Reizwortes dagegen eine Art Hemmung und Einschränkung auf den Reiz, welche dem raschen Übergang von einer Vorstellung auf die andere entgegenwirkt. Das Ansteigen der Wiederholungserscheinungen bei Verminderung der Klangassoziation bedeutet daher nach Sommer, daß das zernbrale Gleichgewicht beginnt, sich wieder einzustellen.

„Die Methode gewährt demnach die Möglichkeit, nicht bloß bestimmte psychopathische Symptome als vorhanden zu konstatieren, sondern sie auch zahlenmäßig festzulegen und in gewissem Sinne meßbar zu machen, was das nächste Ziel einer exakten Symptomenlehre sein muß. Ferner bietet sie überraschende Einblicke in das gegenseitige Verhältnis bestimmter Grundphänomene und in die phsycho-physiologische Bedeutung gewisser Symptomverbindungen, deren Studium notwendig ist, wenn aus einer bloßen Symptomenlehre eine wahrhaft physiologische Psychopathologie hervorgehen soll.“

VI. Intelligenzprüfung nach Ziehen—Redepenning[84]).

Die aus dem Riegerschen Schema[59]) hervorgegangene, von Redepenning modifizierte Ziehensche Prüfungsmethode hat den Vorteil, von einfachen bis zu schwierigen, psychologisch geordneten Fragen schrittweise aufzusteigen. Redepenning betont allerdings in seinem Aufsatze, daß gerade die Faktoren, welche den Maßstab abgeben für die produktive Anwendung des Urteils und die Fähigkeit des Kranken, sich in der Außenwelt in einer entsprechenden Lebensstellung zu behaupten (die höheren Gefühls- und Willensvorgänge),

durch die Methode sich nicht scharf herausstellen lassen, sondern der einfachen Beobachtung überlassen bleiben müssen, welche nach Cramer „den individuellen Unterschieden der Kranken in ihren besonderen Beziehungs- und Standesverhältnissen eher Rechnung tragen und persönliche Eigentümlichkeiten leichter berücksichtigen kann.“

Schema:

A) Besitz von Vorstellungen.

1. Individuelle.

Erkennt der Kranke optisch wieder Personen seiner Umgebung, sein Wohnhaus, Wohnzimmer, Bett, die Straße seines Wohnhauses, erkennt er bildliche Darstellungen derselben Objekte wieder, erkennt er Personen an der Stimme wieder? Die Bekanntheitsqualität ist festzustellen dadurch, daß man nicht nur fragt: was ist das? sondern auch: kennen Sie das und wann haben Sie das gesehen?

2. Allgemeine Vorstellungen 1. Grades.

a) Einfache:

1. Optische Vorstellungen: erkennt der Kranke die einzelnen Farben wieder, bezeichnet er sie richtig, wählt er benannte Farben unter verschiedenen farbigen Täfelchen richtig aus, vermag er andere Gegenstände von derselben Farbe zu nennen?

2. Akustische Vorstellungen: erkennt der Kranke bei Augenschluß das Rasseln von Schlüsseln, den Klang der Glocke, das Ticken der Uhr?

3. Taktile, thermische, kinästhetische Vorstellungen bei Augenschluß: weich, hart, spitz, stumpf, warm, kalt, leicht, schwer.

4. Olfaktorische und gustatorische: Geruch von Blumen, Geruch und Geschmack von Speisen.

b) Zusammengesetzte:

1. Qualitativ und räumlich zusammengesetzte: benennt und erkennt der Kranke folgende Objekte in natura oder als Bilder: Tiere, Pflanzen, Steine und ihre Teile, Blatt, Stengel, Körperteile, Sonne, Mond, Sterne, Berg, Tal, Fluß, Meer, Stadt, Straße, Haus, Kirche, Möbel, Geräte, Waren, Geldstücke?

2. Zeitlich zusammengesetzte: Gewitter, Krieg, laufen, gehen steigen.

3. Allgemeine Vorstellungen 2. Grades.

a) Schall, Farbe, Geschmack; Dreieck, Meter; Jahr, Monat, Stunde.

b) Stein, Metall, Pflanze, Mensch. Was versteht man unter Schall? Was ist ein Dreieck? Was ist eine Pflanze? Nennen Sie mir Pflanzen.

4. Beziehungsvorstellungen.

a) Zahlenvorstellungen: Abzählen von Gegenständen durch Hindeuten oder Berühren. Was ist $1/2$, $1/4$ u. s. f.

b) Vorstellungen der Gleichheit, Ähnlichkeit.

c) Räumliche Vorstellungen: oben, unten, vorn, hinten, rechts, links.

d) Zeitliche Vorstellungen: heute, morgen, kurz, lang.

e) Kausale Vorstellungen: warum, weil, obgleich.

f) Familiale und soziale Vorstellungen, bei denen besonders auf den Gefühlston zu achten ist: Vater, Mutter, Vaterland, Familie, Gesetz, Eigentum, Pflichten.

B) Besitz von Vorstellungsverknüpfungen.

a) Individuelle.

α) Des Ichs, Geburtstag, Alter, Wohnung, Wohnort, Stellung, Lebensgang, Zukunftspläne, Einwohnerzahl des Heimatsortes, Straßen, Vorsteher, Regent usw.

β) Geographische: wo geht die Sonne auf und unter, Himmelsgegenden, Bewegung der Gestirne, Mondphasen, Gestalt und Größe der Erde, Flüsse, Gebirge, Städte.

γ) Geschichtliche Ereignisse, besonders miterlebte.

δ) Sprachlich bestimmt oder unbestimmt fixierte Vorstellungsverknüpfungen, Gedichte, Melodien, Gebete, Wiedererkennen und Reproduzieren. Kann der Kranke den Inhalt seiner Lektüre reproduzieren?

b) Allgemeine:

α) Messende Verknüpfungen, rechnerische Aufgaben, Zeitmaße, Längen-, Flächen- und Raummaße.

β) Naturbeobachtung, Wechsel von Tag und Nacht, Jahreszeiten.

γ) Aus dem menschlichen Verkehr: Hergang der Berufstätigkeiten des Landmanns, Kaufmanns u. a. Preise der Lebensmittel, Geldstücke, Zinsen, Mieten, Reisen; wie reist man nach Amerika? Gottesdienstliche, geistliche, Verwaltungsverhältnisse, Obliegenheiten des Reichstags.

C) Erwerb von neuen Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen.

a) Neuerworbene individuelle Vorstellungen: wie rasch findet sich der Kranke in seinem Zimmer zurecht?

b) Wie oft und wie lange muß man dem Kranken Gegenstände zeigen, bis er sie wiedererkennt, findet der Kranke aus einfachen geometrischen Figuren einige bezeichnete in anderer Anordnung wieder, merkt er sich Aussehen und Namen vorgelegter Porträts (Rauschburg, Studien über die Merkfähigkeit des Normalen, Nerven-

schwachen und Geisteskranken, Monatsschrift für Psychologie und Neurologie Band IX Seite 241).

c) Neuerwerb bestimmt fixierter Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen, Auswendiglernen von Silben- und Zahlenreihen, Methode der Paarworte.

d) Neuerwerb sprachlich unbestimmt fixierter Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen: man erzählt eine Geschichte oder läßt sie lesen und wieder erzählen.

e—h) Neuerwerb auf das Ich bezüglicher, geschichtlicher, geographischer, naturwissenschaftlicher Vorstellungen: behält der Kranke seine eigenen Erlebnisse, erinnert er sich der Fragen, die kürzlich an ihn gestellt sind?

D) Assoziative Verwertung des Vorstellungsbesitzes

a) Ebbinghaussche Kombinationsmethode.

b) Assoziationsschema in Anlehnung an Sommer.

c) Lösung von Gleichungen derart, daß dem Kranken z. B. gesagt wird: ich denke mir eine Zahl, die ich durch 25 teilen muß um 4 zu erhalten, welches ist die Zahl?

d) Was würden Sie tun, wenn Sie 1000 Mk. bekämen, wenn Sie 50 Mk. zu einer Reise geschenkt erhielten? Oder was würden Sie tun müssen, um aus der Anstalt entlassen zu werden?

e) Wie denken Sie über die Unterhaltungen, die wir in der letzten Zeit miteinander geführt haben?

Fragestellung je nach dem Kranken individuell geändert, je nach Stand und Erziehung gefragt.

Ziehen hat ferner eine „schematische Anweisung zur psychischen Untersuchung bei geisteskranken Kindern" angegeben. Da zur Ausführung derselben ein genaueres Studium der kindlichen Psychosen gehört, sei hier nur auf Ziehens Arbeit verwiesen[84]. Ferner fällt hierunter: Sommer, Ein Schema zur Untersuchung von Idioten und Imbecillen für Idioten- und Epileptikeranstalten, Hilfsschulen, Zwangserziehungsanstalten und verwandte Einrichtungen. Sommers Klinik für psych. und nervöse Krankheiten 2. B. 4. H.

VII. Die Assoziationsprüfung.

Ferner sei es gestattet, die Assoziationsmethode zu beschreiben, obwohl sie die Prüfung der Intelligenz nur als Teilaufgabe betrachtet und vielmehr die Erforschung des gesamten seelischen Lebens sich zum Ziel gesetzt hat. Dieser Ansicht ist auch Bleuler[7]), wenn er sagt: „In jeder Assoziation des wirklichen Denkens spielen eine fast unendliche Zahl von mehr oder weniger deutlich anklingenden Vor-

stellungen mit, zunächst die der ganzen Persönlichkeit mit ihrer inneren und äußeren Vergangenheit, soweit sie in Betracht kommen kann; ferner eine nicht kompliziert genug zu denkende Hierarchie von Zielvorstellungen; zu oberst das allgemeine Ziel unseres Strebens, dann das des Denkens im speziellen Falle, dann alle Ziele, welche den Details des Denkens und Handelns die Richtung geben, bis herab zu dem Ziel des momentanen Gedankenausdrucks, der momentan auszuführenden Bewegung. Mitbestimmend wirken auch frühere Erlebnisse insofern, als Dinge, die vor kurzem für unsere Psyche aktuell gewesen sind, ceteris paribus leichter hinzuassoziiert werden als andere. Man bezeichnet diesen Faktor als Konstellation. Von großer Wichtigkeit sind auch die Gemütsstimmungen, die ihnen adäquate Assoziationen fördern, entgegengesetzte hemmen, und noch vieles andere, dessen Aufzählung zu ermüdend und doch nicht erschöpfend wäre. . . . So spiegelt sich in der Assoziationstätigkeit das ganze psychische Sein der Vergangenheit und der Gegenwart mit allen seinen Erfahrungen und Strebungen. Sie wird dadurch zu einem Index für alle psychischen Vorgänge, den wir nur zu entziffern brauchen, um den ganzen Menschen zu kennen."

Stellen wir nun praktische Assoziationsversuche in der Weise an, daß wir der Versuchsperson ein Wort zurufen mit der Aufforderung, den ersten Gedanken auszusprechen, der ihr beim Anhören des Reizwortes einfällt, so müssen wir uns bewußt bleiben, daß die erfolgende Reaktion in Wirklichkeit keine Assoziation, sondern nur eine sprachliche Reaktion auf den Reiz bedeutet, daß wir nicht Vorstellungen, sondern sprachliche Symbole derselben vor uns haben. „Der äußerliche Zusammenhang von Reizwort und Reaktion ist ein viel zu grober, als daß er ein absolut genaues Bild von den außerordentlich komplizierten psychischen Vorgängen, den eigentlichen Assoziationen geben könnte. Reizwortreaktionen versinnlichen nur in entfernter und unvollkommener Weise den psychischen Zusammenhang" [31]). Wundt [74]) spricht sich über den Wert der Assoziationsexperimente folgendermaßen aus: „So belohnend nun aber solche Versuche auch in praktischer Beziehung sind, und obgleich sie vielleicht noch einmal als diagnostisches Hilfsmittel für die Kennzeichnung der individuellen Bewußtseinsrichtungen und der pathologischen Abweichungen dieser eine große Rolle spielen werden, so ist doch nicht zu übersehen, daß sie sich ihrer ganzen Anlage und Ausführung nach nicht dazu eignen, über die tieferen psychologischen Eigenschaften der Assoziationen Aufschlüsse zu geben".

Nach Bolte [8]) wird derjenige, welcher ohne vorgefaßte Meinung

in der Assoziationsmethode die nötige Erfahrung erwirbt, finden, daß sie

1. ein sehr einfaches Mittel ist, auf objektive Weise viele Symptome, vor allem das ganze Gebahren des Kranken zu fixieren, wo die sonst übliche Beschreibung sehr umständlich, zeitraubend und der Gefahr der subjektiven Färbung ausgesetzt ist.

2. Im klargeordneten Denken überwiegt eine Richtung gebende Zielvorstellung, Obervorstellung alle dunkelbewußten psychophysischen Tendenzen. Im ziellosen assoziativen Denken hingegen kommen die unbestimmten und dunklen Mächte des Seelenlebens zu starker Geltung. Die teilweise Ausschaltung der Willkür, die Entfesselung unwillkürlicher Antriebe bewirkt, daß Symptome, die sonst erst bei fortschreitender Krankheit oder überhaupt nicht gefunden werden, schon sehr früh zutage treten.

3. Ferner lassen sich so neue Erkennungszeichen der Krankheit finden.

4. Auch die bisher ungelöste Frage der Intelligenzprüfung wird vielleicht eine Förderung finden. Neben der Prüfung der Schulkenntnisse, der Ebbinghausschen Kombinationsprüfung, der Fabelmethode, der Hennebergschen Bildmethode wird man zweckmäßig auch die Assoziationsprüfung verwenden.

5. Das Assoziationsexperiment ist ein gutes Mittel, um den Verlauf einer Krankheit darzustellen, wenn natürlich auch keine strenge Proportionalität zwischen den Störungen der Assoziationen und den übrigen Symptomen besteht".

Auch Jung und Riklin erkennen den Wert der Assoziationsmethode für die Intelligenzprüfung an, indem sie ausführen: „Bei unserem Experiment untersuchen wir die Resultanten einer ganzen Reihe von psychischen Prozessen, der Perzeption, Apperzeption, der intrapsychischen Assoziationen, der sprachlichen Fassung und motorischen Entäußerung [31]). Die Störung der Aufmerksamkeit läßt sich an der Verflachung des Reaktionstypus erkennen, (Ermüdung, Alkoholintoxikation, Manie). Betreffs der technischen Ausführung der Methode empfiehlt Isserlin [29]), darauf zu achten, „daß die Versuchsperson nur mit vollem Verständnis der Aufgabe und möglichst frei und ohne Zwang nach irgend einer Richtung hin reagiert. Es wurden deshalb der Versuchsperson stets verschiedene Reaktionsweisen an Beispielen erörtert, insbesondere wurde es vermieden, ihr nahe zu legen, immer nur mit einem Worte zu reagieren". Als Zeitmesser wurde eine Fünftelsekundenuhr verwendet. Die Antworten wurden wörtlich fixiert, das mimische Verhalten notiert.

Das Schema der Reizworte soll nach Bolte[8]) nicht, wie es Sommer tut, nach Kategorien geordnet sein. „Es entstehen dabei Störungen — besonders bei Normalen — die durch die Scheu vor dem Perseverieren bedingt sind und die diagnostisch nicht verwertet werden können. Wenn z. B. die Versuchsperson soeben auf „weiß“ „schwarz“ geantwortet hat, so wird sie, wenn das folgende Reizwort wieder „schwarz“ ist, meistens eine unangenehme Störung dabei empfinden und im Zweifel sein, was sie antworten soll. Wir haben daher vorgezogen, ein Schema zu verwenden . . . , in welchem Reihenbildung nach Möglichkeit vermieden ist und immer neue grammatische Formen auftreten“.

Jung nnd Riklin wandten 400 1 –2 silbige Reizworte an, darunter 231 Substantiva, 69 Adjektiva, 82 Verba und 18 Adverbia und Zahlwörter. Es wurde ebenfalls vermieden, dieselben in bestimmten Kategorien zu ordnen und in der Form oder im Sinn ähnliche Reizworte sich folgen zu lassen. Endlich wurden möglichst einfache, alltägliche Worte ausgesucht. Es wird weiter vorgeschlagen, immer dasselbe Schema anzuwenden. Um eine Fixierung der Assoziationen zu vermeiden, dürfen die Versuche nicht zu oft (höchstens aller 4 Wochen) vorgenommen werden.

Die erhaltenen Reaktionen werden am besten in das von Jung modifizierte Kräpelin-Aschaffenburgsche Assoziationsschema eingereiht, welches teils nach logischen Grundsätzen, teils mit Rücksicht auf den Einfluß des sprachlich-akustischen Hirnmechanismus nach dem Prinzip der sprachlichen Geläufigkeit aufgebaut ist:

A. Innere Assoziation.
- a) Koordination.
  - α) Beiordnung
    1. durch gemeinsamen Oberbegriff, z. B. Obst, Kirsche—Apfel.
    2. durch Ähnlichkeit, z. B. Schonen—Nachsicht.
    3. durch innere Verwandtschaft Vater — [besorgt] — Sorge.
    4. durch äußere Verwandtschaft, z. B. Himmel — [blau] — Farbe.
    5. als Beispiel, z. B. Kummer — alte Frau (z. B. eine alte Frau hat Kummer).
  - β) Unterordnung:
    1. eigentliche Unterordnung, z. B. Baum — Buche.
    2. Spezifizierung, z. B. Haus: das Haus an der x-Straße.
  - γ) Überordnung, z. B. Katze — Tier.

δ) Kontrast, z. B. Leid — Freude.
ε) Koordination zweifelhafter Qualität, z. B. Hoch — Seide (der Besitzer eines Seidengeschäfts ist hoch gewachsen).
b) Prädikative Beziehung.
I. Substantiv und Adjektiv.
α) Inneres Prädikat.
1. Sprachliches Urteil, z. B. Schlange — giftig.
2. Werturteil, z. B. Vater — gut.
β) Äußeres Prädikat, z. B. Zahn — vorstehend.
II. Substantiv und Verbum.
α) Subjektverhältnis, z. B. Harz — klebt.
β) Objektsverhältnis, z. B. Tür — öffnen.
III. Bestimmungen von Ort, Zeit, Mittel und Zweck, z. B. Zeit: essen — 12 Uhr.
IV. Definition oder Erklärung, z. B. Türe — Hauptwort.
c) Kausalabhängigkeit, z. B. schneiden — weh.
B. Äußere Assoziation.
a) Koexistenz, z. B. Tinte — Feder.
b) Identität, z. B. großartig — prächtig.
c) Sprachlich-motorische Form.
α) Eingeübte sprachliche Verbindung.
1. Einfache Kontraste, z. B. dunkel — hell.
2. Geläufige Phrasen, z. B. Hunger — leiden.
β) Sprichwörter und Zitate, z. B. Auge — Zahn; Glück — Glas.
γ) Wortzusammensetzung und -Veränderung z. B. Tisch — bein, sterben — gestorben.
δ) Vorzeitige Reaktion, z. B. langsam — kurz.
ε) Interjektion, z. B. großartig — ah!
C) Klangreaktion.
a) Wortergänzung, z. B. Wunder — bar.
b) Klang, z. B. Absicht — Apfel.
c) Reim, z. B. Herz — Schmerz.
D) Restgruppe.
a) Mittelbare Assoziation.
α) Verbindung durch gemeinsamen Mittelbegriff, z. B. Schneefeld, weiß — weit.
β) Klangverschiebung.
1. Zentrifugale, z. B. Entschluß — schießen (entschließen);
2. Zentripetale, z. B. reiten — arm (reich).
γ) Verschiebung über Wortergänzung oder sprachlich motorische Form, z. B. Ratten — giftig (Gift).

δ) Verschiebung über mehrere Mittelglieder, z. B. Vogel — Maus (flattert — Fleder).

b) Sinnlose Reaktion.

c) Fehler.

d) Wiederholung des Reizwortes.

E) Egozentrische Reaktion.

a) Direkte Ichbeziehung, z. B. Tanzen — mag ich nicht.

b) Subjektive Worturteile, z. B. faulenzen — angenehm.

F) Perseveration.

a) Zusammenhang mit dem Reizwort, z. B. Wasser — fall; tanzen — fallen.

b) Kein Zusammenhang mit dem Reizworte, z. B. Deckel — Kiste; Ratten — Korb.

G) Wiederholung der Reaktion.

H) Sprachliche Bindung.

a) Gleiche grammatikalische Form.

b) Gleiche Silbenzahl.

c) Alliteration.

d) Konsonanz.

e) Gleiche Endung.

Die Untersuchungen Gesunder durch Jung und Riklin [31]) ergaben, daß der Ungebildete sich vielmehr als der Gebildete bemüht, dem Sinn des Reizwortes gerecht zu werden, daß er mehr innere Assoziationen, weniger Klangassoziationen liefert, mehr Koexistenzen zeigt, d. h. sich den Gegenstand deutlich klarzumachen sucht, weniger egozentrische Reaktionen aufweist, also sachlicher vorgeht und viel weniger sinnlose Reaktionen zutage fördert als der Gebildete. Offenbar liegt dieses Ergebnis daran, daß der Ungebildete während des Versuchs aufmerksamer ist als der Gebildete, „weil ihn die Bedeutung des Reizwortes mehr beeinflußt als den Gebildeten".

Es finden sich vor allem subjektive Typen mit egozentrischer Einstellung, welche in die Konstellationstypen (persönliche gefühlsbetonte Vorstellungen kommen zum Vorschein) sowie in Prädikattypen (die Vorstellungen sind sehr lebhaft, plastisch wirkend, die Reaktion enthält daher meist ein Prädikat des vom Reizworte angegebenen Gegenstandes) unterschieden werden. Andererseits kommt auch der sachliche Typus zur Beobachtung, bei welchem das Reizwort rein sachlich aufgefaßt wird und das Persönliche ganz zurücktritt. „Von der Reaktionszeit der Normalen ist es bekannt, daß sie je nach Alter, Bildungsgrad und Individualität innerhalb weiter Grenzen schwankt, durchschnittlich beträgt sie bei Gebildeten 1,5." Im allgemeinen

weiß man, daß die torpiden, intellektuell schwächeren Individuen die längeren Reaktionszeiten haben. Außerdem ist aber auch die Qualität der Assoziation von ausschlaggebender Bedeutung für ihre Dauer. In vielfachen Untersuchungen ist festgestellt, daß die Assoziation um so länger dauert, je komplizierter sie psychologisch ist. Für unsere praktischen Zwecke ist es wichtig, festzuhalten, daß die eingeübtesten Assoziationen die von kürzerer Dauer sind, und daß demgemäß die „inneren" Assoziationen die „äußeren" an Dauer übertreffen" [31]).

Wesentlich ist ferner die von Jung betonte Verlängerung der Reaktionszeit durch gefühlsbetonte Vorstellungen (Komplexe), welche besonders für leicht erregbare Personen Bedeutung gewinnen. Bei Versuchen ergab sich die wichtige Beobachtung, daß, sobald ein gefühlsbetonter Vorstellungskomplex (vgl. die Arbeiten Sigm. Freuds: Bruchstücke einer Hysterie-Analyse, Monatsschrift für Psychologie und Neurologie Band XVIII, Traumdeutung, Franz Deuticke, Wien 1900, Breuer und Freud, Studien über Hysterie Leipzig, Deuticke 1905, usw.) berührt wird, 1. die Reaktionszeit verlängert wird, 2) die Versuchsperson hinterher nicht angeben kann, was sie geantwortet hat, 3) einzelne Vorstellungen aus dem Komplex sich an oft unpassender Stelle mit Gewalt an die Oberfläche drängen, 4) an Stelle der eigentlichen Reaktion Deckreaktionen eintreten, z. B. Zitate, Klangassoziationen, Sätze.

Auf diese Erfahrung ist von Kriminalisten (Wertheimer und Klein) die allerdings von mancher Seite (Kraus) als unzuverlässig und irreführend bezeichnete Methode der psychologischen Tatbestandsdiagnostik aufgebaut worden, welche bei einem seiner Schuld bewußten, jedoch leugnenden Verbrecher, nachzuweisen versucht, daß die Erinnerung an die Tat noch lebendig ist und als gefühlsbetonter Komplex fortbesteht [70]). „Jeder Mensch hat einen oder mehrere Komplexe, die sich in den Assoziationen auf irgend eine Weise manifestieren. Der Hintergrund unseres Bewußtseins (oder des Unbewußten) besteht aus derartigen Komplexen. Das ganze Erinnerungsmaterial ist um sie gruppiert. Sie bilden geradezu höhere psychische Einheiten analog dem Ichkomplex. Sie konstellieren unser ganzes Denken und Handeln, darum auch die Assoziation. Mit dem Assoziationsexperiment verbinden wir jeweils einen zweiten Versuch, die sogenannte Reproduktion. Der Versuch besteht darin, daß wir die Versuchsperson noch einmal angeben lassen, wie sie auf die einzelnen Reizworte beim ersten Versuch reagiert hat. Da, wo die Erinnerung versagt, handelt es sich meist um Konstellation durch einem Komplex. Das Reproduktionsverfahren dient also zur näheren Umschreibung der Komplexstörungen" [31]).

Wie schon erwähnt, führt Freud die Hysterie auf ein in der Kindheit erlittenes Trauma zurück. Wird der erzeugte Affekt nicht durch die entsprechende Reaktion, z. B. Weinen, motorische Entladung usw. abreagiert, so bleibt die Erinnerung an den unangenehmen Vorfall im Unterbewußtsein bestehen, es bildet sich ein verdrängter unlustbetonter Komplex, welcher — obwohl anscheinend längst vergessen — die hysterischen, psychischen und körperlichen Symptome als symbolische Abbilder seiner selbst hervorruft. Durch die sehr schwierige und zeitraubende Psychoanalyse versucht Freud, an den Komplex heranzukommen, ihn wieder bewußt zu machen und so durch Abreagieren auch die psychischen Folgen desselben zu beseitigen. Bei dem Assoziationsversuch reagiert der Betreffende, wenn das Reizwort den Komplex anstößt, mit einer der indifferenten, unverdächtigen Schutzvorstellungen (z. B. Koexistenzen, wie Schmerz, der mit dem Erlebnis zufällig zeitlich verbunden war, Ähnlichkeitsassoziation usw.), welche den Komplex wie eine Schutzmauer umgeben und das Bewußtsein vor dem Emportauchen der unangenehmen Vorstellung schützen [50]).

Schließlich verhilft uns der Assoziationsversuch dazu, schwierig zu beurteilende Krankheitsformen klarzustellen, z. B. gewisse Fälle von manisch-depressivem Irresein und dementia praecox von einander zu scheiden. „Finden wir regelmäßig trotz langer Reaktionszeit ein Bemühen, dem Sinn des Reizwortes gerecht zu werden, so werden wir auch bei mäßigem Vorstellungswechsel und nicht sehr tiefem Affekt nicht zweifeln, die Diagnose „Depression des manisch-depressiven Irreseins“ zu stellen; die dementia praecox pflegt sich fast stets durch die Reaktionszeit — die gewöhnlich nicht so gleichmäßig verlängert ist wie bei der Hemmung, sondern, wenn sie nicht leidlich normal ist, mehr regellos sprunghaft erscheint — und durch das gleichgültige und verkehrte Verhalten gegenüber der Aufgabe von der Depression zu unterscheiden“ [29]). „Wir diagnostizieren jetzt schon in vielen Fällen aus den Assoziationen dementia praecox, Epilepsie, verschiedene Typen der Imbecillität, gewisse Formen der Hysterie, von der manischen Verstimmnng mit ihrer längst bekannten Ideenflucht und ähnlichem nicht zu sprechen. Wir haben auch begründete Hoffnung, mit Hilfe der Assoziation bis jetzt nicht faßbare Gruppen, wie einige paranoide Formen, dann namentlich die unter dem Namen Hysterie, Neurasthenie, Psychasthenie unklar zusammengefaßten oder abgegrenzten „Krankheiten“ in natürlicher Weise zusammenzufassen und einzuteilen“ [7]). Nach Wehrlin [68]) zeigen Schwachsinnige häufig Definitionstendenz, d. h. das Bestreben, „den Reizwortsinn zu er-

klären oder doch wenigstens etwas für denselben Charakteristisches auszusagen. Die Reaktion erfolgt nicht mehr unmittelbar, nicht mehr aus dem Unbewußtsein automatisch hervortretend, sondern sie ist hier gesucht, sie ist Konstruktion nach einem bestimmten Schema." Bei der Assoziationsprüfung eines Epileptikers fand Jung [33]) Schwerfälligkeit, Umständlichkeit der Reaktion, Tendenz zur Vervollständigung, egozentrische und gefühlvolle Betonung, endlich abnorm lange Reaktionszeiten, „nicht bei besonders schwierigen Worten, sondern an Stellen, die durch einen perseverierenden Gefühlston bestimmt sind. Daraus ist zu schließen, daß bei Versuchsperson der Gefühlston wahrscheinlich später einsetzt und länger anhält als beim Normalen." Jung betont schließlich noch, daß er aus dem Falle, besonders da er durch einen Schädelbruch kompliziert ist, keine allgemeinen Folgerungenziehen wolle.

Nach dem Vorhergehenden ist demnach das Assoziationsexperiment geeignet, die Kenntnis der Intelligenz-, Gefühls- und Willenstätigkeit, sowie ihrer krankhaften Störungen zu fördern, die Diagnose einzelner Krankheitsbilder klarzustellen und über die unbewußten Mechanismen unserer Seele Licht zu verbreiten. Doch muß betont wedern, daß der Assoziationsversuch infolge seines Mangels an wissenschaftlicher Genauigkeit stets der Vervollständigung durch andere Untersuchungsmethoden bedarf.

VIII. Untersuchung der Merkfähigkeit bei Geisteskranken nach Bernstein [1]).

Bernstein stellt sich ein hölzernes, quadratisches Brett her, dessen Seiten 28 cm lang sind und auf welches 9 gleichgroße, mit geometrischen Figuren bemalte Kartonblätter befestigt werden. Diese Tafel, wird dem Kranken 30 Sekunden vorgehalten. Nach 1, 6, 24 Stunden, 1 Woche wird ihm eine größere quadratische Tafel von 40 cm Seitenlänge gezeigt, welche eine größere Anzahl Bilder, darunter die bereits gezeigten, aufweist. Der Patient wird nun gefragt, welche Zeichen schon auf der ersten Tafel zu sehen waren, und das Resultat wird mit folgender Bezeichnung gebucht: $\frac{r}{n} + f$ (r = richtige, f = falsche Angaben, n = Gesamtzahl der zuerst gezeigten Figuren). Die Methode stellt eine reine Merkfähigkeitsprüfung dar, da weder die Geschwindigkeit der Auffassung, noch die Reproduktionsfähigkeit geprüft wird, sondern die Bilder nur wiedererkannt zu werden brauchen. — Weiter wird noch hingewiesen auf die Arbeit Dr. Paul Rauschburgs „Über Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Erkrankungen". Sommers Klinik f. psych. und nervöse Krankheiten. 2. Band.

IX. Die Ebbinghaussche Ergänzungsmethode [12]).

Die wenig Zeit erfordernde, sehr praktische Ebbinghaussche Methode besteht darin, daß dem Prüfling kleine Erzählungen, in welchen einzelne, durch Striche bezeichnete Buchstaben, Silben oder Worte ausgelassen sind, mit der Aufforderung vorgelegt werden, die vorhandenen Lücken schriftlich möglichst schnell und sinngemäß aus-auszufüllen. Nach Henneberg (Allgemeine Zeitschrift für Psychologie Band 4 pagina 402) sind die Ebbinghausschen Beispiele allerdings wenig geeignet, weil sie zu hohe Anforderungen an das Können der Betreffenden stellen. Ferner hält er es für nötig, den ersten Satz möglichst lückenlos zu lassen, um die Prüfung nicht zu schwierig zu gestalten. Damit die Prüfung sich in den Vorstellungskreisen der Ungebildeten bewegt, schlägt Henneberg vor, als Text Briefe von ungebildeten Patienten zu benutzen und diese derart zu bearbeiten, daß anfangs die Ergänzungen leicht zu finden, später aber schwerer zu erraten sind. Es darf bei dem Versuche nicht außer acht gelassen werden, daß bei solchen Personen, welche infolge von ungenügender Schulbildung und mangelnder Gelegenheit zur Übung im Schreiben und Lesen ungeschickt sind, das Examen leicht zu ungünstig ausfällt und ein unrichtiges Bild geben kann. „Was aber noch wesentlicher ist, viele Patienten entledigen sich der Aufgabe ohne Interesse, die Aufgabe erinnert etwas an eine lästige Schulaufgabe“.

X. Die Masselonsche Methode.

Die Kombinationsfähigkeit der Kranken wird bei dieser sehr wenig Zeit in Anspruch nehmenden Methode dadurch geprüft, daß die Betreffenden aufgefordert werden, aus 3 ihnen genannten Worten einen Satz zu bilden, z. B. Vogel, Baum Nest.

XI. Möllers Fabelmethode.

Die Fabelmethode wird in der Weise angewendet, daß dem Kranken an verschiedenen Tagen je eine kurze, ihm unbekannte Fabel ohne Angabe der Überschrift vorgetragen wird, welche eine nicht offen ausgesprochene Pointe enthält. Kann der Patient die Fabel nicht sofort wiedererzählen, so wird ihr Inhalt abgefragt. Findet der Betreffende die Pointe heraus und kann er eine passende Überschrift geben, so hat er eine Kombinationstätigkeit geleistet, ebenso, wenn er ein Sprichwort von ähnlichem Sinne angeben kann. Ist er zu letzterem nicht imstande, so kann mangelnde Kenntnis von passenden Sprichwörtern daran schuld sein. Die Wiedererzählung stellt zugleich eine Prüfung der Auffassungstätigkeit und Merkfähig-

keit dar. Die Fabeln werden der Schwierigkeit der zu findenden Pointe entsprechend in eine Reihenfolge gebracht, welche von der Zahl der nötigen Einzelurteile und der Zahl und Art der angewendeten konkreten und abstrakten Begriffe abhängig ist. Die Verwendbarkeit der Fabeln als Prüfungsobjekt wird nach Verfasser besonders bedingt durch „die Einfachheit des allgemein bekannten Vorstellungsmaterials, die zur Kombination drängende Eigenart der scharf ausgeprägten Tiercharaktere und die leicht auffindbaren Beziehungen zu ähnlichen Verhältnissen im Menschenleben". Aus den Fabeln des Aesop, Bobrius und Phaedrus hat er eine derartige Reihe zusammengestellt. Fragen und Antworten werden wörtlich niedergeschrieben.

Die Methode ist oft recht brauchbar, begegnet aber bei Ungebildeten mitunter Schwierigkeiten insofern, als diese der von ihrer Denkweise ganz abweichenden Aufgabe gegenüber oft völlig versagen, obwohl sie sonst nicht unintelligent sind, andererseits scheitert sie bei Gebildeten oft daran, daß dieselben die meisten Fabeln bereits kennen. Henneberg schlägt daher vor, an Stelle der Fabeln gut ausgewählte Zeitungsanekdoten zu verwenden.

XII. Die Einckhsche Sprichwörtermethode [20]).

Finckh arbeitete seine Sprichwörtermethode aus, weil nach seiner Ansicht unschwer zu konstatieren war, daß die bisher üblichen Methoden ihrem Zweck in sehr unvollkommener Weise dienten, indem die Feststellung von Schulkenntnissen, die Orientierung über die alltäglichen Verhältnisse und die Fähigkeit des Rechnens doch zu sehr an die Fertigkeiten errinnerten, die durch langjährige Übung in der Schule erworben unb vorzugsweise reines Gedächtnismaterial geworden waren. Ähnliche Bedenken ergaben sich bei der Prüfung, die sich auf Beruf und Berufsbildung erstreckte. Dazu kam noch das vielfach Mechanische und Gewohnheitsmäßige der einfacheren Berufsarten niederstehender Leute, das zu einer Prüfung der Auffassung des Urteils kaum ausreichend schien, indem das positive Ergebnis doch keine zu weit gehenden Schlüsse erlaubte. Andererseits aber mußte die Fachkenntnis und das Urteil des Explorierenden doch in den allermeisten Fällen für eine eingehende Prüfung der Berufsbildung kaum ausreichen. Politische und religiöse Stellung als Maßstab der Intelligenz heranzuziehen, verbot sich aber wegen der hier gerade so mächtigen Momente des Gefühlslebens und des Autoritätsglaubens, wozu wiederum die gedächtnismäßige Beherrschung des Stoffes als hindernder Umstand hinzutrat. Endlich aber war namentlich bei allen diesen Prüfungen zu vermeiden, daß der Explorant sich selbst

als Maßstab für die Abschätzung der Intelligenzhöhe des Prüflings ansah.“ Die Sprichwörter wählte Finckh als Prüfungsmaterial, weil „sie einen Niederschlag der Beobachtungen und Erfahrungen des Volkes darstellen und wegen ihrer Vielgebräuchlichkeit auch bei sehr geringem Kenntnisstand anwendbar schienen Die Notwendigkeit, auf Grund der persönlichen Erfahrung und des eigenen Urteils zu operieren schloß dabei die Gefahr gedächtnismäßiger Repreduktionen aus. Es sollte also das alltägliche Erleben die Grundlage für die Prüfung bilden; demgemäß mußten möglichst bekannte und den Leuten geläufige Sprichwörter als Aufgabe vorgelegt werden, von denen ich eine größere Anzahl durch Umfrage bei Leuten desselben Bildungsstandes sammelte und die ich ihrer Schwere nach ordnete. Eine weitere Prüfungsmethode bot sich in der Gegenüberstellung zweier ähnlicher, oder ganz, teilweise oder scheinbar einander ausschließender bezw. widersprechender Sprichwörter, zu deren Inhalt der Prüfling kritisch Stellung zu nehmen hatte. Das endgültige Resultat ergab sich indes erst aus einer Reihe von Prüfungen, da eine einmalige Prüfung den Umfang der Intelligenz kaum abschätzen ließ.

Für die Bewertung der ganzen Methode wies ich aber darauf hin, daß sie lediglich eine Ergänzung sein kann und der Hauptnachdruck, wie bei jeder Prüfung der Intelligenz, immer auf die praktische Betätigung des Verstandes und Gemüts, auf die bisherigen Leistungen und den Lebensgang des Prüflings zu legen ist. . . .

Die Prüfung beginnt mit der Auffordernng, auseinanderzusetzen, was unter dem Sprichwort, dessen Wahl dem Prüfling überlassen werden kann, verstanden wird. Daran knüpft sich die Begründung, die Stellungnahme zu der Frage seiner Richtigkeit oder Unrichtigkeit, eventuell die Anführung eines sinnverwandten Sprichworts und endlich eines Beispiels aus dem Schatz der eigenen Erfahrung. Damit ist die Grundlage erreicht, auf der die eigentliche Exploration sich entwickeln kann. Der Kranke steht nunmehr auf dem Boden, auf dem sein alltägliches Denken sich bewegt, und er hat sozusagen ein plastisches Anschauungsmittel gewonnen, an der Hand dessen er seine Schlüsse ziehen und auf ihre Richtigkeit prüfen kann. Die Fragestellung nun hat der doppelten Aufgabe gerecht zu werden, sich einmal an die Vorstellungskreise der zu Prüfenden anzulehnen, wobei Geschlecht, Alter, Stand und Bildungsniveau besondere Berücksichtigung verlangen, um möglichst einfach und verständlich zu sein. Sodann aber muß sie einem festen, für jedes Sprichwort auszuarbeitenden Programm folgen, das die Erklärung, Begründung, Beurteilung, Nutzanwendung des Sprichwortes und die Grenzen seiner Richtigkeit in einzelnen,

logisch auf einander folgenden Urteilen, als Etappen des Prüfungsweges, enthalten soll. Dieses Schema soll ein sprunghaftes Vorschreiten vermeiden, das Übergehen wichtiger Mittelglieder verhindern und dem Prüfenden selbst als Anhaltspunkt dafür dienen, welche Erkenntnisse und Urteile der endlichen Lösung des Rätsels, der Auffindung der Pointe vorangehen müssen. Es ist bei der Prüfung meist nicht zu vermeiden, daß die Fragen dem Prüfling eine gewisse Hilfe gewähren, indem sie der Neigung zum Abschweifen vorbeugen und den Fortschritt im Gang der Übertragungen und Urteile nach dem Schlußresultat hin ermöglichen müssen. Die Notwendigkeit dieser Hilfe ergibt sich aus der mangelnden Übung der Leute aus dem Volke, eine Gedankenreihe konsequent durch alle Teile hindurch bis zu ihrem Abschluß zu verfolgen und namentlich ihre Überlegungen in die Form der fortlaufenden Rede zu bringen, die einem Gedanken exakten und erschöpfenden Ausdruck verleiht." Um Fehler zu vermeiden, soll der Prüfling in gleichmäßiger Stimmung, bei körperlichem Wohlbefinden sein und sich nicht gegen die Prüfung sträuben. Damit die oft bilderreiche Sprache nicht störend wirkt, sollen bekannte Beispiele gewährt werden. Die Prüfung soll ferner nicht zu lang dauern, die Fragen sollen aber auch nicht zu kurz und abstrakt sein, müssen sich dem Sinne nach aneinander anschließen, die Antworten mit verwerten und nicht suggerierend wirken.

Stellt die zu Beginn der Prüfung abgegebene spontane Erklärung und Begründung des Sprichwortes dessen Sinn in den wichtigsten Punkten klar, so sind wesentliche Störungen der Auffassungs- und Urteilskraft nicht vorhanden.

„Das endgültige Fazit aus allen diesen Prüfungen wird gezogen, indem man die Ergebnisse aus Kontrollversuchen an geistig Normalen desselben Milieus und Bildungsstandes als Parallele heranzieht. Da der Gang der Prüfung und das Maß der zu leistenden Arbeit für jeden bei demselben Sprichwort gleich ist, ermöglicht sich ein derartiger Vergleich und die Heranziehung Gesunder als Maßstab der Urteilskraft sehr wohl, ebenso wie eine Prüfung in verschiedenen Phasen der Krankheit bei ein und derselben Person sich durchführen läßt."

Beispiel:

„Patient B. Hunger ist der beste Koch. Spontane Erklärung: Wenn man Hunger hat, ißt man alles, was man im Augenblick essen kann. Da schmeckt alles gut. — Warum schmeckt alles gut? Weil der Hunger sozusagen darnach strebt. — Nach was? Nach den Speisen. — Warum? Weil man sie braucht. — Wozu? Um den

Hunger zu stillen. — Wie ist einem im Hunger? Schwach, nicht sehr gut, lahm, müde, Kopfweh. — Und nach dem Essen? Gut, befriedigt, satt. — Also vollständige Erklärung des Sprichwortes? Wenn man Hunger hat, so hat man kein besonderes Bedürfnis nach Liebhabereien, man ißt gern alles, um den Hunger zu stillen. — Was bedeutet nun „der beste Koch“? Daß im Hunger die Speisen den Menschen am schnellsten dienen können. — Nein, etwas anderes Daß man im Hunger den besten Koch braucht, um ihn zu stillen. — Warum braucht man dazu den besten Koch? Um die vielen und guten Speisen zu bereiten. — Braucht man diese im Hunger? Nicht gerade, vieles genügt. — Warum braucht man denn den besten Koch beim Hunger? Um alles schnell und schmackhaft zu bereiten. — Ist der Hunger ein Koch? Ja. — Wieso? Weil man alles essen kann und alles am besten schmeckt im Hunger. — Was tut ein Koch? Er kocht. — Tut das der Hunger auch? Er ißt das Gekochte. — Ist denn der Hunger auch ein Koch? Ja. — Inwiefern? Weil ihm alles gut genug ist. — Ist dem besten Koch auch alles gut genug? Nein. — Was denn? Er mag nur das Allerbeste. — Woran erkennt man denn den besten Koch? An den besten Speisen. — Wieso? Weil er nur das Beste zubereitet. — Wie beurteilt man das? Es schmeckt am besten, man ißt es am liebsten und recht viel. — Was ist denn der eigentliche Sinn des Sprichwortes: „Hunger ist der beste Koch“? Daß, wenn man Hunger hat, am schnellsten gekocht ist. — Wieso? Weil man Hunger hat, begnügt man sich mit allem. — Noch nicht erklärt, was das Wort „der beste Koch“ zu bedeuten hat! Weil man das Beste mag, wenn man Hunger hat. —

Patient B. definiert ... einen Teil des Sprichworts zwar ausreichend, gerät zum Schluß aber immer weiter vom Ziel ab und kommt zuletzt zu falschen und dem Sinn des Sprichworts direkt zuwiderlaufenden Urteilen. Dabei beweisen die teilweise ganz sinnwidrigen Antworten ein mangelndes Verständnis der sehr einfachen Fragen und des Ganges der Prüfung. ... Es handelt sich um einen mittelmäßig begabten, 17jährigen Hebephrenen (Realschulbildung), bei dem schon eine deutliche geistige Schwäche ausgebildet ist.“

Die Versuche an Kranken zeigen häufig die Unfähigkeit derselben, den Sinn des Sprichworts zu erfassen, sinnliche Einzelerfahrungen zu verallgemeinern, selbständig richtige Urteile zu fällen, die Absicht der Frage zu merken und das Gefundene weiter zu benutzen. Mitunter beobachtet man auch Abschweifen auf Nebendinge, Haften an einzelnen persönlichen Erlebnissen und Mangel an Interesse. „Wie schon in der ersten Mitteilung über die Sprichwörtermethode

betont wurde, soll diese lediglich als Ergänzung dienen. Der Hauptnachdruck ist immer auf die Heranziehung der sämtlichen Leistungen im alltäglichen Leben, auf die ganze Vorgeschichte der Person, die Gestaltung ihres Lebensganges, die Äußerungen des Gemütslebens u. s. w. zu legen. In dieser ihr zugeteilten Stellung kann aber die Methode dazu dienen, einen Einblick in Art und Weise des Vorstellungslebens zu tun, dessen Erschließung bei Leuten einfachen Bildungsgrades nicht selten erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Was aber die Methode nicht leisten kann und will, das ist eine gesonderte und exakte Untersuchung der Qualität der einzelnen psychischen Funktionen und ihres Verhältnisses zu einander.“ Nach Ziehen verlangt die Finckhsche Methode vom Prüfling besonders Ergänzung des Textes und Verständnis für Vergleiche.

XIII. Ganters Witzmethode [22]).

Die Intelligenz ist nach Ganter „ein zusammengesetztes Gebilde“, dem man von verschiedenen Seiten aus beizukommen bestrebt sein muß. „Entscheidend bei der Wahl der Methode ist einmal diese selbst, dann die Art der Kranken, die man untersuchen will, endlich das Ziel, das man im Auge hat.“ Fragen und Antworten müssen kurz und leicht verständlich sein. „Je weniger gefragt zu werden braucht, desto weniger wird suggeriert.“ Diesen Forderungen kommt nach Ganter die Witzmethode am nächsten. „Durch den Witz werden Vorstellungen wachgerufen, die entweder nur eine entfernte Ähnlichkeit miteinander haben oder solche, die in einem scheinbaren Gegensatze zueinander stehen. Die versteckte Ähnlichkeit, den entfernten Gegensatz aus der Summe der angeregten Assoziationen herauszufinden, ist Sache des kritischen Verstandes. Es handelt sich hier also um eine kompliziertere geistige Tätigkeit, um die Auffassungsgabe. Da diese Fähigkeit im geistigen Leben des Menschen eine ausschlaggebende Rolle spielt und zur Beurteilung seiner psychischen Kräfte überhaupt verwendet wird, so dürfen wir ruhig behaupten, daß es sich bei unseren Untersuchungen um die Prüfung der Intelligenz handelt, obgleich nicht alle Komponenten geprüft worden sind.“

Der Prüfling wird aufgefordert, den Witz durchzulesen und zu erklären, was daran witzig und auffallend sei. Fragen werden möglichst nicht gestellt. Alle Antworten werden wörtlich fixiert.

Es wurden folgende Witze vorgelegt: I. Im Eifer. Richter: „Es wird Ihnen zur Last gelegt, daß Sie bei der Rauferei dem Kläger das linke Ohr zur Hälfte abgebissen haben.“ Angeklagter: „Das

dürfen S' ja nicht glauben, Herr Richter! Der Hias ist ein schlechter Mensch — das hat er sich g'wiß selber ab'bissen!"

II. Ein Muster. (Bild: ein Student liegt, eine lange Pfeife rauchend, zu Bette. Unter das Kopfkissen hat er, zur bequemeren Lagerung, eine Anzahl Bücher gesteckt). Onkel: „Studiert denn mein Neffe fleißig?" Wirtin: „O, das will ich glauben. Sogar ins Bett nimmt er die Bücher mit!"

III. Die schmutzige Stiege. (Bild: Ein Herr geht die Treppe hinauf. Eine Frau unten ruft ihm nach. Im Hintergrund einige Kinder). Hausmeisterin: „Schuh' abputzen!" Fremder: „Warten Sie nur, bis ich wieder herunter komme!"

IV. Süffels Klage. (Bild: Ein Student sitzt am Tisch und trinkt Bier). „Jetzt soll gar eine Bierverteuerung kommen! Schrecklich! Das Bier wird noch so teuer werden, daß schließlich kein Mensch mehr studieren kann!"

V. Im Zorn. Schneider: „Jetzt ist der Kerl über alle Berge, ohne mir den Anzug bezahlt zu haben. Wenn ich das gewußt hätte, hätte ich 20 Mark mehr gerechnet!" Reaktionen: Die Pointe wurde nicht ganz getroffen, falsch lokalisiert, ganz verfehlt; Assoziation mit persönlicher Erfahrung oder auffälligen Merkmalen im Bilde; Abschweifen in die Breite; ungenaue Auffassung. Schwachsinnige reagierten mit bloßen Umschreibungen, Assoziation ohne Sinn und Zusammenhang, zeigten leichte Bestimmbarkeit, Unachtsamkeit, Echolalie, Kleben am Worte und Fabulieren. Paranoiker bezogen die Worte und Bilder auf sich, deuteten sie um und knüpften an die Betrachtung allerlei Wahnideen. Es zeigte sich so, daß diese „Kranken nicht mehr imstande sind, selbst fernab liegende Dinge objektiv zu würdigen, sondern alles in die Enge ihres pathologischen Gesichtskreises hineinzwängen. Ihre geistige Störung ist darum auch viel größer als es die gewöhnliche Untersuchung erweisen könnte." Bezüglich der Befragung der leicht erregbaren Epileptiker ist es wesentlich, Affekte auszuschalten, weil durch diese die Wirksamkeit der Intelligenz stark beeinträchtigt wird. Von den Gesunden lösten mit einigen Ausnahmen die im praktischen Leben brauchbarsten auch die meisten Witze. Die Methode hat den Vorzug, keine großen Ansprüche an Bildung und Kenntnisse zu stellen, sowie einfach und nicht zeitraubend zu sein.

XIV. Die Bilder-Benennungsmethode nach Heilbronner[26]).

Diese Methode verwendet an Stelle der sonst meist üblichen akustischen Reize optische, indem Reihen von einfachsten Zeich-

nungen hergestellt werden, welche den Werdegang eines Bildes von wenigen Strichen bis zur deutlichen Darstellung des betreffenden Gegenstandes, z. B. einer Kanone, Windmühle, Lampe, eines Baumes, Schiffes veranschaulichen. Charakteristisch für die Bildchen einer Reihe ist der Umstand, daß sie anfangs vieldeutig sind und erst nach Zufügung bestimmter Einzelheiten eindeutig werden. Diese Bilder werden dem Kranken der Reihe nach vorgelegt mit der Frage: „Was ist das?“ und der Frage nach dem Unterschied zweier Bilder. Die Antworten werden wörtlich notiert. Versagt der Kranke, so kann die Ursache daran liegen, daß nicht genügend viel Einzeleindrücke aufgenommen wurden, um die Entstehung eines Gesamtbegriffs oder die Erkennung von Differenzen zu ermöglichen. Oder es wurden zwar alle einzelnen Eindrücke aufgenommen, konnten aber nicht zu einem Gesamtbild kombiniert werden. Abgesehen von der Möglichkeit, die Auffassungsfähigkeit (bei akuter Verwirrtheit oft wenig gestört), Kombinationsfähigkeit und Ermüdbarkeit (mitunter durch Übung überkompensiert) zu prüfen, sowie Unterschiede zwischen den einzelnen Geisteskrankheiten herauszufinden, gibt die Methode einen kurzen Überblick über die Symptome der betreffenden Psychose, z. B. über:

1. Haftenbleiben (senile Demenz z. B.).

2. Ideenflucht. Manische stellen oft mehrere Lösungen zur Wahl. Die Bildchenmethode hat gegenüber der Assoziationsmethode den Vorteil, nicht zu Klangassoziationon anzuregen sowie infolge Anwendung optischer Reize einfachster Art eine bestimmte Reaktion als richtig vorauszusehen, während aus der Einzelreaktion im Assoziationsversuch ein Schluß nicht gezogen werden kann.

3. Umständlichkeit (Epilepsie).

4. Ablenkbarkeit.

5. Merkfähigkeit. Dieselbe kommt schon bei der Aufforderung, Unterschiede zwischen zwei Bildern festzustellen, in Frage. Ferner wird sie geprüft, indem nach einiger Zeit dem Patienten die Bilderreihe von neuem vorgelegt, und er gefragt wird, ob er sich ihrer erinnere, indem ferner beobachtet wird, inwieweit die Erinnerung an die frühere Betrachtung das neue Resultat verbessert (dazu kompliziertere Bilder geeignet, wie Spielkarten, Postmarken, Tiere, Landkarten).

6. Die Reaktionszeit. Wird mit Fünftelsekundenuhr gemessen. Bei sehr alten Fällen von Jugendirresinn möchte Heilbronner glauben, „daß die Benennungsmethode — allerdings mit Aufwand von viel Geduld — besser als andere geeignet ist, die sonst nur zufällig fest-

zustellenden Reste von Leistungsfähigkeit einer einigermaßen systematischen Untersuchung zugänglich zu machen.“ Die Methode hat ferner den Vorzug, daß sie einfach ist, keine Vorbereitung erfordert, direkt im Krankenzimmer vorgenommen werden kann und infolge gleicher Reize vergleichbare Resultate gibt. Als Hilfsmittel zur Herstellung der Zeichnungen wird empfohlen: „Wie lerne ich Zeichnen“, Leipzig, Verlag von K. F. Köhler. Ferner wurden von Heilbronner zum Benennenlassen von Bildern das Meggendorfersche Bilderbuch: „Für die ganz Kleinen“, Verlag von W. Nitschke, Stuttgart, und die im Verlag von Schreiber erschienenen Bilder für den ersten Anschauungsunterricht benutzt.

XV. Hennebergs Bilderprüfung [27]).

Henneberg prüft die Intelligenz, indem er die Kranken veranlaßt, „komplizierte bildliche Darstellungen, die sich auf eine Situation oder eine Phase einer Handlung beziehen“, zu deuten. „Von den zahlreichen wahrgenommenen Einzelheiten müssen die wesentlichen von den nebensächlichen unterschieden werden. Die wesentlichen Einzelheiten müssen unter einem oder wenigen Gesichtspunkten zusammengefaßt werden.“ Er verwendet zu diesem Zwecke „Die Überfahrt am Schreckenstein“ von L. Richter (es muß angegeben werden, wie sich die Personen im Boote betätigen), „Ein Mädchen trauert über den Tod ihres Vogels“ von Greuze („aus Gesichtsausdruck und Haltung muß die Traurigkeit und ferner in dem toten Vogel die Ursache derselben erkannt werden“), „Schäfer vom Blitz getroffen“ von Jakob Becker („hier muß die Todesursache aus der Gewitterstimmung und dem brennenden Raume erschlossen werden“), „Ermordung Cäsars“ von Piloty („hier müssen die Rollen des Casca und des Cimber erfaßt werden, eine bereits schwierige Aufgabe“).

Ferner hat Henneberg aus Münchener Bilderbogen Serien von zusammenhängenden Bildern zusammengestellt, z. B. als leichte Aufgabe „Die Geschichte vom hinterlistigen Heinrich“ von W. Busch, als schwierigere „Die bösen Buben“ von Korinth.

Während intelligente Ungebildete die Bilder meist richtig erklären, beobachten Imbecille oft nur wenige Einzelheiten und gehen auf den Zusammenhang nicht ein. Debile bemerken meist viele, oft unwichtige Einzelheiten, sind aber außerstande, den Zusammenhang völlig zu verstehen. Paralytiker zeigen oft wenig Interesse. Hebephreniker bleiben oft an nebensächlichen Dingen hängen, knüpfen an die Beobachtung mitunter neben ganz richtigen völlig unsinnige Antworten.

Ferner gibt die brauchbare Prüfung auch einen Einblick in die Denkstörungen akuter Psychosen.

Im Anschlusse an die Bildprüfung erwähnt Henneberg noch eine andere, wohl weniger eindeutige Methode der Intelligenzprüfung welche darin besteht, Fremdwörter, deren Kenntnis bei Ungebildeten nicht als Schulwissen gelten kann, sondern erst im späteren Leben gewonnen wird, umschreiben zu lassen. Die benutzte Wortreihe ist folgende: Gratulieren, sich amüsieren, sich genieren, exerzieren, blamieren, Instrument, Institut, Annonce, Profit, kolossal, illustriert, schikanieren, renovieren, sortieren, Qualität, Kapital, Konzession, normal, modern, eventuell, humoristisch.

In der auf den Vortrag folgenden Diskussion beschrieb Reich 2 Methoden der Auffassungsprüfung. Er legt einmal dem Kranken ein Teilbilderbuch vor, in welchem nur Teile von Gegenständen abgebildet sind, aus denen der Patient auf das Ganze schließen muß. Andererseits prüft er die Fähigkeit, sich in schwierigen Lagen zurechtzufinden durch die Methode der Szenenbilder. Er braucht dazu ein von der freien Lehrervereinigung für Kunstpflege herausgegebenes Bilderbuch: Spiel mit! Verlag von Joh. Raede, Berlin W. 15. „Es zeigt sich, daß zahlreiche Kranke, welche Einzelbilder ohne Schwierigkeit erkennen, vor den Szenenbildern in ganz überraschender Weise versagen und nicht nur die Bedeutung der Szenen nicht erkennen, sondern sogar Gegenstände, die sie im Einzelbilde richtig auffassen, im Szenenbilde nicht zu erkennen vermögen. Auch hier wird Frage und Antwort protokollarisch aufgenommen". Die Methode hat den Vorzug, daß sie ganz einfache Bilder verwendet, welche nur geringe Anforderungen an die Bildung des Prüflings stellen. Um die Ordnung des Vorstellungsablaufs zu prüfen, wendet Reich die von Ziehen vorgeschlagene Methode der rückläufigen Assoziation an oder er läßt die Kranken eine einfache, aus mehreren einfachen Akten zusammengesetzte, eingeübte Tätigkeit ausführen, z. B. das Putzen und Anzünden einer Lampe. Kranke, bei welchen der Ablauf der Ideenassoziation in Unordnung geraten ist, sind außerstande, die einzelnen Teilhandlungen in der richtigen Reihenfolge vorzunehmen. Oder er legt dem Kranken 9×6 gleiche Gegenstände untereinander gemischt vor und fordert ihn auf, immer je 6 gleiche Gegenstände zusammen zu legen. Da bei dieser Prüfung an Merkfähigkeit und Auffassung sehr geringe Anforderungen gestellt werden, da ferner nur die Wahrnehmung der Form der Gegenstände, dagegen nicht die begriffliche Erkennung derselben nötig ist, gibt der Versuch ein ziemlich reines Bild der Ordnung des Gedankenablaufs und ist daher zu empfehlen.

Den Schluß des Kapitels mögen einige Gedanken aus einem eben erschienenen, sehr lesenswerten Buche von Berze[2]) bilden:

„Eine gleichmäßige Ausbildung aller Teile des geistigen Inventars ist durchaus nicht gewöhnlich“... Der fertig übernommene Teil des Inventars, z. B. das Schulwissen, darf bei weitem nicht so hoch eingeschätzt werden, wie der durch eigene Aktivität des Individuums erworbene Bestandteil, der die Lebensklugheit ausmacht. Letzterer gewährt „uns einen Einblick in den individuellen geistigen Mechanismus“, läßt uns erkennen, „wie es um das Schlußvermögen, um die Kombinationsfähigkeit, um die Fähigkeit zur Aufbringung des eine so wichtige Grundlage der Intelligenz bildenden Affekts, um das Phantasieleben steht“. Im einzelnen ist zu prüfen einmal der sprachliche Ausdruck (zu unterscheiden die mangelhafte Geübtheit in letzterem von der Unfähigkeit zur Bildung klarer Begriffe), die Lebensanschauungen, Gesinnungen und Grundsätze, die Phantasietätigkeit, „welche eine große Bedeutung für das praktische Leben“ hat, namentlich in Fällen, in denen die Zurechnungsfähigkeit oder die Geschäftsfähigkeit in Frage kommt“. „Ein Mittel, die Phantasie direkt zu messen, haben wir allerdings nicht“, wir können uns nur eine ungenaue Vorstellung machen. Wichtig ist ferner die Schärfe und Klarheit der Begriffsbildung, die Fähigkeit, Gedankenkomplexe schnell zu zerlegen und neu zusammenzufügen (Analyse, Synthese). Ferner muß untersucht werden „die Fähigkeit der lebenden Nervensubstanz, sich beständig neue Dinge anzueignen“ (Plastizität), das Geordnetsein des psychischen Inhalts, die Befähigung, das richtige Wertverhältnis der einzelnen Begriffe zueinander herzustellen (nötig zur Urteils- und Schlußbildung), „die Ausbildung der gefühlsmäßigen Bestandteile der Vorstellungen“ (Erregungsfähigkeit der Gefühle, Sensationsfähigkeit) und die geistige Regsamkeit, welche zu letzterer in Beziehung steht. „Zur Sensationsfähigkeit müssen selbstverständlich auch entsprechende motorische Kräfte hinzutreten, soll es tatsächlich zu entsprechenden intellektuellen Leistungen kommen (Energie des Wollens). Wichtig ist ferner der Charakter, welcher „das Bleibende im Wechsel ist, solange nicht eine psychische Krankheit störend auf ihn einwirkt“.

Ein bestimmtes Mindestmaß des geistigen Besitztums gibt es nicht. Jedes Untersuchungsschema ist subjektiv. Bei der Untersuchung ist „auch auf Störungen des Empfindungs-, Gefühls- und Affektlebens zumindestens ebenso zu fahnden wie auf Störungen der Intelligenz“.

Zwischen dem Gedächtnis und den intellektuellen Fähigkeiten besteht „kein durchgehender Parallelismus, aber in der überwiegenden Mehrheit der Fälle entsprechen sich „die Höhengrade beider Fähig-

keiten". Das gilt aber nur für die assoziative Gedächtnisleistung (das Individuum sucht den Inhalt zu verstehen, ehe es ihn sich aneignet), nicht aber für die impressive Gedächtnisarbeit (wörtlich auswendig gelernt).

Wichtig ist, daß das geistige Inventar sich aus dem allgemeinen Wissen und dem Spezialwissen (z. B. Berufskenntnisse) des Individuums zusammensetzt. Letzteres ist sorgfältig zu erforschen. Grobe Mängel auf diesem Gebiete sind sehr schwerwiegend. Der Untersucher muß daher sich über das Durchschnittswissen der einzelnen Stände, Berufe, Geschlechter und Altersklassen informieren und sehr lebenserfahren sein. „Man müßte z. B. wissen, welche geistigen Leistungen von einem erwachsenen deutschen Weibe des Bauernstandes zu verlangen sind, inwieweit ein solches von dem zugehörigen Manne, von einer gleichaltrigen Stadtdame usw. verschieden sei" (Möbius).

Jedes einzelne Gebiet muß für sich aufgenommen werden. Von unrichtigem Wissen ist das sehr verbreitete falsche (unrichtig gelernt und nicht korrigiert) zu unterscheiden, das auf Leichtgläubigkeit, abnorme Beeinflußbarkeit, Intelligenzmangel hindeuten kann. Wird es „festgehalten, trotzdem die Möglichkeit der Korrektur durch neue Erfahrungen geboten war", so kann man auch Mangel an Plastizität vermuten. „Besonders gering muß aber die Sensationsfähigkeit der untersuchten Person angenommen werden, wenn sich in ihrem Inventar einander widersprechende, einander ausschließende Vorstellungen, Anschauungen, nebeneinander finden lassen". „Ein großer Gehalt des geistigen Inventars an unrichtigen Vorstellungen und Begriffen wird auf eine weitgehende Insuffizienz des Urteilsvermögens, auf Kritiklosigkeit weisen". „Das Ausbleiben von naheliegenden Schlüssen trotz Verfügbarkeit der Prämissen, das Vorhandensein von Lücken in Gedankenreihen trotz Nachweisbarkeit des zur Ausfüllung derselben zureichenden Vorstellungsmaterials wird uns die geistige Regsamkeit des Individuums insuffizient erscheinen lassen". Die häufige Wiederholung desselben Gedankenganges spricht für geringen Umfang des geistigen Inhalts. „Die Fähigkeit, fremder Auffassung Verständnis entgegenzubringen . . . ist ein Zeichen von Stärke des Intellekts. Und auch das Gegenteil trifft zu". . . .

„Die Feststellung des Besitzes von sittlichen Begriffen, insofern derselbe sozusagen das Inventar des Gewissens darstellt", ist sehr schwierig. Schwierig ist es besonders, „herauszufinden, bis zu welchem Grade die vorhandenen Begriffe wirksam zu werden vermögen. Man bemühe sich, dem zu Prüfenden Situationen von sittlicher Beziehung

möglichst genau auszumalen, und beobachte, ob er diese Beziehung zu erkennen vermag und welche Gedankengänge bei ihm etwa durch diese Erkenntnis angeregt werden".

Da die Fragestellung ein zu derbes Reaktionsmittel darstellt und nicht erkennen läßt, wielange das Individuum selbständig eine Zielvorstellung festzuhalten vermag, ist es ratsam, auch die spontanen Äußerungen, besonders schriftlich niedergelegte Autobiographien, noch besser ganz freiwillige Äußerungen, sowie die Handlungen der Person zu studieren. Es ist daher eine genaue Anamnese erforderlich, welche bereits in früher Kindheit einsetzen muß (Näcke). Nach Schäfer ist ein „längeres Studium der ganzen Persönlichkeit" und eine möglichst eingehende Erforschung des Lebenlaufs, des „Verhaltens im regen Betriebe des alltäglichen Lebens draußen mit seinen mannigfaltigen Verführungen und Zwischenfällen nötig". Endlich betont Berze, daß an Stelle der unwissenschaftlichen Bezeichnungen, wie Blödsinn, Schwachsinn usw. lieber von Störungen des Gedächtnisses, welche wieder genauer zu analysieren wären, von Störungen der Merkfähigkeit, der Sensationsfähigkeit, der assoziativen Tätigkeit, der Apperzeptionsfunktionen" gesprochen werden sollte.

Kurz vor Abschluß vorstehender Arbeit erschien eine für das Studium der Intelligenzprüfungsmethoden sehr wichtige Abhandlung von Ziehen ([86]), auf deren Inhalt hier noch in Kürze eingegangen werden soll. Verfasser betont die Wichtigkeit des Wissens aus der täglichen Lebenserfahrung gegenüber dem viel weniger bedeutsamen Schulwissen, hebt die störende Beeinflussung der Intelligenzprüfung durch „formale Assoziationsstörungen einschließlich der funktionellen Inkohärenz und der Affekte" hervor, betont, daß fortlaufende Methoden möglichst zu vermeiden sind, „um dem Ermüden der Aufmerksamkeit vorzubeugen", und daß den „Schlußstein" jeder Intelligenzprüfung eine spezifische Untersuchung der Aufmerksamkeit bilden müsse. Es eignet sich hierzu besonders die Bourdonsche Probe (Revue philos. 1895, S. 153), welche darin besteht, daß man dem Kranken einen sinnlosen, später einen sinnvollen Text vorlegt und ihn auffordert, alle *n* und *e* anzustreichen. „Fällt die Bourdonsche Probe sehr schlecht aus, so wird man die Ergebnisse der Intelligenzprüfung nur mit großer Vorsicht verwenden dürfen, Wir werden uns immer die Frage vorlegen müssen, ob ein schlechtes Ergebnis nicht von funktionellen Aufmerksamkeitsstörungen, z. B. hysterischer Zerstreutheit, neurasthenischer Ermüdbarkeit u. s. f. abhängt, der Defekt also nur vorgetäuscht wird".

Die Grundlage der Intelligenzprüfung muß eine genaue Er-

forschung der Retention oder Deposition, d. h. des ersten Vorgangs, welcher der Empfindung folgt, bilden. Dabei ist hervorzuheben, daß eine individuelle Anpassung der Fragen an das Bildungsniveau des einzelnen nötig ist, und daß große Erfahrung dazu gehört, aus dem Gefundenen Schlüsse zu ziehen. Geeignet sind Fragen nach der Farbe einer Fünfpfennigmarke, dem Aussehen einer Rose, nach den Nebenflüssen eines Flusses, nach dem Zeitpunkte der Kartoffelernte (Weinlese, Messe, Vogelschießen). Oder man fragt, wieviel eine Semmel, ein Liter Milch kostet, wieviel Pfennige eine Mark hat u. s. f. Wichtiger noch als Fragen nach längstvergangenen Erlebnissen sind die nach jüngst vergangenen (Wo waren Sie gestern? Wie lange sind Sie hier?). Besonders hat sich folgende Aufgabe bewährt, welche die Wirkung der Aufmerksamkeit möglichst ausschaltet: „Man gibt dem Kranken eine Aufgabe aus dem kleinen Einmaleins. Nachdem er das Resultat angegeben hat, spricht man ihm 6 einstellige Zahlen vor und läßt sie ihn sofort nachsprechen. Darauf spricht man ihm eine zweite Reihe 6 einstelliger Zahlen vor. Nachdem der Kranke auch diese nachgesprochen hat, fragt man ihn nach dem Exempel, welches ihm zu Anfang aufgegeben worden ist. Hierbei muß dem Kranken ausreichende Zeit zum Besinnen gewährt werden. Die Unversehrtheit der Merkfähigkeit zeigt sich darin, daß die Zahlenreihen richtig nachgesprochen und das Exempel am Schluß richtig angegeben wird. Auf das richtige Ausrechnen des Exempels kommt es dabei nicht an... Wenn man die Probe öfters bei demselben Kranken wiederholt, so empfiehlt es sich, gelegentlich auch ein Exempel aus dem großen Einmaleins zu wählen. Die Zahlen müssen deutlich und laut vorgesprochen werden. Das Tempo soll weder zu rasch, noch zu langsam sein. Ich rechne auf die Reihe von 6 Zahlen in der Regel 4—5 Sekunden . . . Sehr wichtig ist es, daß man einen gewissen Rhythmus bei dem Vorsprechen der 6 Zahlen einhält". Für gewöhnlich klärt man die Person nicht darüber auf, weshalb sie geprüft wird. Bei schweren Defekten, z. B. Korsakoffscher Psychose, teilt man besser „der zu untersuchenden Person vorher ausdrücklich" mit, „worauf es ankommt", beauftragt sie also, „das Exempel zu behalten". Der vollsinnige Ungebildete spricht gewöhnlich mindestens 6 Zahlen richtig nach. „Selbst vorgeschrittene Paralytiker scheitern, solange sie überhaupt die Aufgabe noch verstehen, in der Regel erst bei vier Zahlen. Dasselbe gilt von der senilen Demenz. Selbst bei dem Korsakoffschen Symptomenkomplex werden 3 Zahlen meist noch richtig wiederholt. Man kann daher geradezu sagen, daß ein Nichtnachsprechen von 3 Zahlen stets aggravations- oder simulationsverdächtig ist,

wofern nicht gerade ein sehr weit vorgerücktes Stadium einer Defektpsychose oder ein schwerer Zustand der Denkhemmung oder Dissoziation vorliegt". Statt der Zahlen kann man bei besonders guter Ausbildung des Zahlengedächtnisses (Kellner) Buchstaben wählen.

Zur Prüfung des optischen Gedächtnisses kann man einfache Figuren kurze Zeit vorzeigen und dann aufzeichnen lassen (vgl. p. 18). Sehr geeignet zur Feststellung der Retention sind auch Nacherzählungen von einfachen Märchen oder Lokalnachrichten oder die Ausführung von Aufträgen nach einer gewissen Zeit. Endlich empfiehlt Ziehen noch die Methode der Paarwerte (Psychiatrie 3. Aufl. S. 229), sowie die Rauschburgsche Adressenmethode.

Für die Erforschung der Vorstellungsentwickelung und Vorstellungsdifferenzierung, welche die sich mannigfach durchkreuzenden Prozesse der Isolation (Herauslösung von Vorstellungen), der Komplexion (Verschmelzung) und Generalisation in sich begreifen, eignen sich folgende Fragen: „Welche Eigenschaften kommen allen Vögeln zu?" und invers: wie nennt man alle die Tiere, die Flügel und Federn und einen Schnabel haben und Eier legen?" Weiter sind empfehlenswert Definitionsfragen (Was ist ein Vogel? Was ist Neid?), vor allem aber die Unterschiedsfragen, z. B.:

„Hand und Fuß?
Ochs oder Pferd?
Vogel und Schmetterling?
Tisch und Stuhl?
Wasser und Eis?
Tür und Fenster?
Baum und Strauch?
Korb und Kiste?
Treppe und Leiter?
Teich und Bach?
Wolle und Leinen?
Kind und Zwerg?
Borgen und Schenken?
Geiz und Sparsamkeit?
Irrtum und Lüge?"

Wichtig ist, daß dem Befragten genügend Zeit gegönnt wird, die Antworten wörtlich niederzuschreiben und mindestens 5—6 Fragen gestellt werden.

Bei der Prüfung der Reproduktion wird die Verarmung an „liquiden, zu sofortigem Gebrauch zur Verfügung stehenden" Vor-

stellungen am besten durch Assoziationsversuche festgestellt. Z. empfiehlt, am Anfang folgende Beispiele zu geben:

Geld — Hosentasche
Bett — warm
hoch — niedrig
faul — Kind,

darauf folgende Reizworte zuzurufen: Wald, rot, Haus, Krankheit, Klein, Stadt, Schuld, Vater, Neid, süß, Gift, Fisch, Hochzeit, laufen, Tod, 3 davon am Schluß zu wiederholen und die Prüfung nach 24 Stunden und 8 Tagen nochmals vorzunehmen. Nötig ist es, hierbei auf etwaige Perseveration zu achten.

Endlich wird der wichtigste Bestandteil der Intelligenz, die Kombination geprüft. Die Erforschung der orientierenden Auffassung wird zur Kombinationsprüfung, wenn der Kranke bei der Frage nach seinem Aufenthaltsorte „auf die bettlägerigen Mitkranken oder auf die Kleidung der Krankenschwester" hingewiesen wird usw. „Man muß sich nur bei dieser wie bei allen folgenden Kombinationsprüfungen gegenwärtig halten, daß Kombinationsstörungen nicht nur durch Defekt, sondern sehr oft durch funktionelle Assoziationsstörungen, z. B. Inkohärenz in Dämmerzuständen, bei Amentia u. s. f. zustande kommen. Nur wenn letztere auszuschließen sind, ist der Rückschluß auf Kombinationsdefekt zulässig.

Äußerst gering ist der Anteil der Kombination bei der rückläufigen Umkehrung bekannter Assoziationsreihen. . . . Etwas höhere Ansprüche stellen bereits die Legespielmethoden. . . Geradezu paradigmatisch für die Kombinationsprüfung sind auch die Gleichungsmethoden. Man sagt dem Kranken: „ich denke mir eine Zahl, die sollen Sie einmal raten, wenn ich 5 hinzuzähle, kommt 12 heraus, welche Zahl habe ich mir gedacht?" Natürlich muß man sich vorher, z. B. bei der Retentionsprüfung vergewissert haben, daß der Kranke die Addition und Subtraktion innerhalb des Bereiches der Gleichungsaufgaben, die man stellen will, beherrscht. Geeignet sind auch Regelde tri-Aufgaben, z. B.: „2 Eier kosten 10 Pf., wieviel kosten 3?"

„Äußerst zweckmäßig zur Prüfung auf Kombinationsdefekte ist die Ebbinghaussche Methode", für welche Ziehen besonders folgenden Text verwendet: „Nach langer Wand— — in dem fremden Lande fühlte ich mich so schwach, daß ich — — Ohn— nahe war. Bis — Tode —mattet, f— ich ins Gras nieder und — bald fest ein. Als ich erw— —, war es längst T—. Die S— —strahlen schienen — ganz unerträglich ins — —, da ich auf — Rücken —. Ich wollte auf— aber sonderbarerweise konnte ich — Glied rühren, ich f— —

mich wie —lähmt. Verwundert s— ich um mich, da entdeckte —, daß — — Arme und B— —, ja selbst meine damals sehr l— und dicken Haare mit Schnüren und B— — an Pflöcken — —stigt waren, welche fest in der Erde — —". „Man muß sich, wie bei anderen Proben, durch Kontrolluntersuchungen orientieren, welche Fehler noch bei dem vollsinnigen Ungebildeten vorkommen. . . Entscheidend ist immer nur, ob der Kranke sich in die ganze Situation und den ganzen Zusammenhang der Erzählung richtig hineingedacht hat. Alles andere ist demgegenüber als nebensächlich zu betrachten." Das Verfahren kann auch dahin geändert werden, daß dem Patienten Sätze mit „obgleich" oder „weil" vorgesagt werden, welche er vervollständigen muß. Es ist ratsam, dem Kranken genug Zeit zu lassen und ihn mitunter zur Aufmerksamkeit zu mahnen. „An die Ebbinghaussche Methode schließt sich unmittelbar die Prüfungsmethode der Auffassung kleinerer Erzählungen an. Die Methode besteht darin, daß dem Kranken eine kleine Erzählung ohne Lücken vorgelesen oder auch zum Selbstlesen vorgelegt wird. Der Kranke muß sie dann im Zusammenhang mündlich oder schriftlich wiedererzählen und die Pointe angeben." Er wird dadurch genötigt, die zwischen den einzelnen Sätzen immer vorhandenen Zusammenhangslücken zu ergänzen und „Dominant- oder Leitvorstellungen (Klammervorstellungen) zu bilden, d. h. die einzelnen Vorstellungen nach ihrer Wichtigkeit abzustufen und die Hauptklammervorstellung oder das Leitmotiv herauszulösen.

Man kann auch bei einzelnen Bildern die „Haupttatsache" oder den „Hauptkausalzusammenhang" heraussuchen lassen oder eine Anzahl in Zusammenhang stehender Bilder (Münchener Bilderbogen) vorlegen und dabei Lücken lassen, welche durch Kombination ausgefüllt werden müssen.

„Die freischaffende oder erfindende Kombination . . ." läßt sich leider nur sehr unvollkommen prüfen, da es uns an einem allgemein gültigen Maßstab für diese höchsten Leistungen fehlt. Höchstens können wir uns einen Begriff des Defektes machen, wenn wir frühere und jetzige Leistungen des Kranken vergleichen oder den zunehmenden Verfall direkt beobachten können. Man würde, „um diese Funktionen zu prüfen, z. B. vom Dichter das Verfassen eines Gedichts, vom Maler das Malen eines Bildes (nicht eine Kopie!) verlangen müssen. Den gewöhnlichen, nicht künstlerisch veranlagten Menschen läßt man einen Brief oder Aufsatz schreiben".

Soviel aus dem reichhaltigen Inhalt der zu genauerem Studium auffordernden Arbeit Ziehens.

Die Therapie der Geisteskrankheiten.

Über die Behandlung der Geisteskranken soll hier nur das Allernötigste erwähnt werden. An erster Stelle steht die Psychotherapie, welche besonders suggestiv erziehlich (Pelmann) wirken soll. Ein ausgezeichnetes Mittel, Kranke durch Fernhalten aller Reize zu beruhigen, sie zu beobachten, vor Selbstmord zu bewahren und ihnen die Meinung beizubringen, daß sie wegen Krankheit in die Anstalt gekommen sind, ist die Bettbehandlung im Wachsaal. Außer erregten legt man auch blutarme, ängstlich widerstrebende, die Nahrungsaufnahme verweigernde Kranke ins Bett. Doch kann eine zu lange fortgesetzte Bettbehandlung zu Ernährungsstörungen und schnellerer Verblödung führen. Sie muß daher rechtzeitig von Bewegung im Freien unterbrochen und mit Massage sowie gymnastischen Übungen verbunden werden. Zeitweise macht es sich nötig, aufgeregte Kranke in das Dauerbad (35 ⁰ C) zu verbringen; in welchem sie mit günstigem Erfolge häufig Tag und Nacht verbleiben (Vorsicht bei Herzfehler und Lungenblutungen, Aussetzen bei Entwickelung von Furunkulose und übertragbaren Hautkrankheiten, Verschlimmerung alter Ohrenleiden!) Besonders bei manischer, paralytischer und katatonischer Erregung, weniger bei der ängstlichen Aufregung der Melancholiker und Epileptiker, tut das Bad gute Dienste. Hinfällige werden auf übergespannte Tücher oder besondere Tragvorrichtungen gelegt. Meist sind die Badeeinrichtungen direkt neben dem Wachsaal gelegen, damit Bett- und Badebehandlung miteinander kombiniert werden können. Lassen sich die Kranken nicht im Bad erhalten, so erreicht man oft Beruhigung durch lauwarme feuchte Ganzeinwickelungen (nicht bei Angst oder schweren Herzkrankheiten), welche höchstens zwei Stunden lang angewendet werden sollen. Die Isolierung aufgeregter Kranker soll nur vorübergehend erfolgen, da sie das Zerreißen, Schmieren und Onanieren begünstigt und muß bei Selbstmordverdächtigen ausgeschlossen sein. Besonders empfindliche Kranke werden im offenstehendeu Einzelzimmer separiert. Mechanische Beschränkung durch feste Jacken darf nur noch vorübergehend bei chirurgischen Verletzungen, juckenden Hautkrankheiten usw. angewendet werden, um die Kranken vom Abreißen der Verbände oder Kratzen abzuhalten.

Ein wichtiges Mittel für Rekonvaleszenten und chronische Kranke ist die Arbeit, welche ablenkend und anregend wirkt, sowie geeignet ist, den Verfall in Verblödung und Abstumpfung aufzuhalten. Die Anstalt bietet z. B. Arbeitsgelegenheit im Garten, Feld, in der Werkstatt, der Schreib- und Flickstube, im Waschhaus, in der Zuputze usw.

Aber auch Unterhaltungen aller Art, Spaziergänge usw. werden den dafür geeigneten Kranken geboten.

Zur Ergänzung der vorerwähnten, an erster Stelle stehenden Behandlungsmethoden dient die zeitweise Anwendung von chemischen Mitteln:

1. Opium in der Form der tr. op. (3×15 Tropfen täglich in steigender Dosis), des extr. op. aquos. oder pulv. op. bei der ängstlichen Erregung der Melancholiker.

2. Morphium hydrochloricum, innerlich oder subkutan, setzt die zentrale Schmerzempfindlichkeit herab und wird besonders bei mit Schmerzen verbundener Angst gegeben. Es wirkt nicht direkt schlafbringend, sondern beruhigend. Vorsicht vor Morphinismus!

3. Hyoscinum oder Scopolaminum hydrobromicum ½— 1 Milligramm subkutan oder innerlich bei schwer Tobsüchtigen (Manie, Paralyse, Epilepsie, Katatonie). Am besten mit Morphium gemischt. (¾ Milligramm + 1 Zentigramm Morphium), um die unangenehmen, mit seiner Anwendung verbundenen Sensationen zu mildern. Nicht bei Herzleiden, Herzschwäche.

4. Duboisinum sulfuricum in gleicher Dosis und Anwendung. Etwas weniger gefährlich.

5. Chloralhydrat 1—3 Gramm pro dos., erzeugt tiefen, ruhigen Schlaf. Vorsicht bei Erkrankung der Gefäße und des Herzens!

6. Paraldehyd 5—15 Gramm pro dos. Ruhiger Schlaf nach ca. 10 Minuten, der aber bei Geräuschen leicht gestört wird. Unangenehmer Geruch und Geschmack. Am besten in kaltem, gesüßtem Tee.

7. Sulfonal, geruch- und geschmacklos. Schlaf nach einigen Stunden, lange Nachwirkung, da das Mittel schwer löslich ist. Darf wegen Vergiftungsgefahr nicht zu lange hintereinander gegeben werden (bei Rotwerden des Urins, Taumeln usw. aussetzen). Sorge für guten Stuhlgang, in mehrtägigen Zwischenräumen Darreichung von Sodawasser, um die Ausscheidung anzuregen.

8. Trional wirkt schneller (nach 10—15 Minuten) schlafbringend und zeigt nicht so lange Nachwirkungen, da es leichter löslich, daher auch nicht so gefährlich ist. Abends 1—2 Gramm in heißer Milch.

9. Veronal, 0,25—1,0 in heißer Flüssigkeit.

10. Alkohol, z. B. starkes Bier oder Schlummerpunsch bei Schlaflosigkeit infolge von Überreizung, Übermüdung des Gehirns, innerer Spannung (Kräpelin).

11. Brom (Natrium bromatum, Kalium bromatum, Erlenmeyersches Bromwasser) täglich 3—6 Gramm in einmaliger oder steigender und fallender Dosis, beseitigt besonders innere Spannungen. Bei Neurasthenie, Krampfanfällen und Reizbarkeit der Epileptiker. Wirkt

erst nach längerem Gebrauch. Aufhören bei Entstehung von Akne, Verdauungsstörung, Unsicherheit der Bewegungen, Gedächtnisschwäche!

Alle diese Mittel sollen nur vorübergehend und unter genauer Berücksichtigung des Zustandes der Kranken angewendet werden.

Die Erregung paranoischer Kranker wird oft durch Aufenthaltswechsel vorübergehend günstig beeinflußt.

Zur Beseitigung der Schlaflosigkeit versucht man vor Benutzung der genannten chemischen Mittel abendliche warme Vollbäder, warme Sitzbäder, Prießnitzumschläge auf den Leib usw.

Erwähnt sei noch die Wichtigkeit der Diät, die Anwendung von Sondenfütterung [46]), Nährklystieren, Kochsalzinfusionen und subkutanen Öleinspritzung.

Dauernd unsaubere Kranke werden in Kastenbetten mit Moos-, Holzwoll-, Moorerdefüllung gelegt. Aufliegen der Kranken (decubitus) wird durch häufiges Trockenlegen, Sorge für faltenlose Unterlagen, häufigen Lagewechsel, Luftkissen usw. verhütet. Fiebersteigerungen bei blöden Kranken ohne nachweisbaren Befund werden mitunter durch Klystiere beseitigt (Obstipation).

Endlich sei noch hervorgehoben, daß in der Irrenanstalt auch das ganze übrige Arsenal der Behandlungsmethoden, wie es bei anderen Kranken üblich ist, angewendet wird, z. B. die verschiedenen hydriatischen Prozeduren, Massage, Elektrizität, Gymnastik usw.

Ergänzt wird die Anstaltsbehandlung noch durch die familiale Verpflegung gebesserter, harmloser, sozialer Geisteskranker. Sie hat den Vorzug, billiger zu sein als die Anstaltsbehandlung und dem Kranken das Gefühl größerer Freiheit und Behaglichkeit zu gewähren.

Die Geisteskrankheiten in ihren Beziehungen zum Straf- und Zivilrecht.

A) Strafrecht.

Nach Wulffen [72]) ist die aktive Apperzeption, der Wille gemäß dem Gesetz der psychischen Resultanten befähigt, „gegenüber den Motiven für und wider eine Handlung, ja gegenüber dem bisher gezeigten Charakter und allen seinen Bestandteilen sehr wohl solche neue Ursachen zu setzen, wie sie nach der ganzen bisherigen physiologischen und psychologischen Abhängigkeit nicht zu erwarten gewesen wären. Diese Befähigung, Motive, Charakter, Intellekt und Gewissen in ein neues gegenseitiges Verhältnis zu rücken, wohnt der aktiven Apperzeption sehr wohl aus einer eigenen, an sich selb-

ständigen, wenn auch im übrigen bedingten Kraft inne. Diese Befähigung zu üben, heißt seine Willenskraft gegenüber bösen Anfechtungen stärken." Dazu kommt, daß dem Charakter „häufig im gegebenen Augenblick ein zwischen Minimum und Maximum sich bewegendes Maß von Willenskraft tatsächlich zur Verfügung steht. Bei Annäherung an das Minimum wird die Willenskraft schwach und unterliegt dem unsittlichen Motiv, bei Annäherung an das Maximum wächst die Willenskraft und überwindet dieselben Antriebe .... So kann man es denn erleben, daß ein Gewohnheitsverbrecher doch in gewissen Augenblicken, ohne daß er schon seinen Charakter geändert hätte oder durch äußere Umstände gehindert worden wäre, aus einer gewissen eigenen Willenskraft heraus den schlechten Motiven Widerstand leisten kann, bloß weil er sich im Augenblick einmal „zusammennimmt" .... Er könnte seine Willenskraft, wenn er „sich zusammennähme", öfters an das Maximum, welches ihm nach seinem Charakter zur Verfügung steht, heranbringen. Durch solche „Übung" könnte er dann seinen Charakter verändern .... Das bekannte Freiheitsgefühl und das Freiheitsbewußtsein des Menschen, welches von Indeterministen zur Stütze ihrer Lehren herangezogen zu werden pflegt, haben doch ganz bestimmt ihren Ausgangspunkt in dieser eben erörterten zutreffenden Erkenntnis, daß auch der Wille in nicht seltenen Fällen befähigt sei, trotz aller seiner Abhängigkeit und Bedingtheit aus sich heraus neue Ursachen zu setzen, welche in die Kausalität von Charakter, Gewissen, Erkenntnis und Motiven mit einzugreifen vermögen. Nur die Verallgemeinerung und absolute Gültigkeit eines solchen Eingreifens, sowie die Behauptung, dieses Eingreifen müsse unter allen Umständen die Entscheidung bringen, ist irrig.

Soweit über diese Grenze hinaus ebenfalls ein ja nun verständliches, weil aus einer sicheren Erkenntnis hervorgegangenes Gefühl und Bewußtsein der Willensfreiheit besteht, beruhen sie auf einem, ja im Bewußtsein der Menschen .. auch auf anderen Gebieten nicht seltenen Trugschlusse, werden sie zur Illusion. Es gibt aber zahlreiche Fälle, wo die Motive und der Charakter so nachdrücklich zusammenwirken, daß die Befähigung des Willens als mitwirkende Instanz völlig übersprungen oder nur schwach angerufen wird, daß eine wesentliche Mitwirkung gar nicht ausgelöst wird .... Unsere Annahme einer sittlichen Zurechnung und Verantwortlichkeit steht dem Determinismus keineswegs, wie man vielfach meint, entgegen .... Man kann vielmehr sagen, daß der Determinismus insofern veredelnd und züchtend wirkt, als er an den Menschen, der in die Kausalität

seiner Handlungen einen klaren, wenn auch zunächst deprimierenden Eindruck erhält, höhere Anforderungen stellt als der Indeterminismus, der bei beliebig vorhandenem Charakter der Willenskraft die bedingungslose Fähigkeit zum „Auchanderskönnen" zuschrieb. Wer an diese Fähigkeit nicht glaubt, wird, um zu seinem Besten eine Veränderung in der Kausalität seiner Handlungen herbeizuführen, an der Veränderung der hauptsächlichsten Ursache, an der Verbesserung seines Charakters zu arbeiten haben. Eine solche Verbesserung ist an und für sich möglich, weil der Charakter keineswegs etwas Gegebenes, Feststehendes ist, sie ist außer beim Geisteskranken und beim geborenen Verbrecher auch subjektiv möglich, sofern nicht das Individuum als Gewohnheitsverbrecher auch durch eigenes sittliches Verschulden zufolge fortgesetzter Übung verbrecherischer Handlungen die Befähigung zur Arbeit an seinem Charakter völlig oder so gut wie völlig verloren hat . . . . Alle Zwecke der Strafe können zur Geltung gelangen. Die Strafe kann abschreckend wirken, sie kann zur Besserung, zur Arbeit am eigenen Charakter anhalten, sie kann geschehene Übeltat vergelten, sie kann zum Schutze der Gesellschaft erkannt werden!"

In der Psychopathologie ist schon seit längerer Zeit das Gesetz der psychischen Kausalität zu unumschränkter Herrschaft gelangt und hat zur Ausnahmestellung der Geisteskranken in rechtlicher Beziehung geführt. Und zwar geschah das trotz der Tatsache, daß auch bei Geisteskranken Freiheitsbewußtsein, Verantwortlichkeitsgefühl und Gewissensregung nicht stets vermißt werden. Doch lehrt die genauere Beobachtung, daß diese psychischen Vorgänge den wirklichen Tatsachen nicht entsprechen. Wir finden z. B. während der Depression des manisch-depressiven Irreseins ein ausgesprochenes Gefühl der Unfreiheit, welches in der oft brüsk einsetzenden manischen Phase bei demselben Individuum plötzlich in deutliches Freiheitsbewußtsein umschlagen kann. Dabei sind die Kranken in beiden Zuständen völlig unfrei, und das Gefühl der Freiheit ist nur eine Illusion. Ebenso widerspricht das Freiheitsgefühl des Paranoikers seiner tatsächlichen Unfreiheit. Weiter läßt sich als Beweis dafür, daß es ein „intelligibles", der Kausalität nicht unterworfenes Gewissen im Sinne Kants nicht gibt, anführen, daß während der depressiven Phase das Gewissen außerordentlich rege, während der manischen Phase aber abgestumpft erscheint, und daß die Gewissensregungen bei Paralyse entsprechend der Zerstörung des Gehirns verloren gehen. Diese Beobachtungen, die leicht vermehrt werden könnten, sind nach Hoche wohl geeignet, für Determinismus zu sprechen.

Während nun, wie bereits erwähnt, ausgesprochene Geisteskrankheit von Strafe befreit (§ 51 des Str. G. B), haben die Grenzzustände noch keine genügende Berücksichtigung gefunden. Zu diesen rechnen wir die Degenerierten von den Leichtsinnigen und Gewohnheitslügnern an bis zu den Hochstaplern, Anarchisten und der Hauptmasse der sexuell Perversen. Obwohl diese Menschen nach Aschaffenburg nicht ohne weiteres für straffrei erklärt werden dürfen, kann doch bei ihnen „das Zusammentreffen schädigender Ursachen oder das Vorwiegen bestimmter Vorstellungen die ohnedies verminderte Zurechnungsfähigkeit ausschließen.“ Ferner gehört zu dieser Klasse der hysterische, epileptische Charakter, die Hypochondrie, Neurasthenie, der angeborene Schwachsinn, Taubstummheit sowie durch Kopfverletzung, Hirnerschütterung, Alkohol, Morphium, Schlaganfall entstandene Minderwertigkeit. Hierunter fallen auch die krankhaften Zustände, welche durch Menstruation, Schwangerschaft, Entbindung (Kindestötung), Klimakterium hervorgerufen werden. Die bisher bewilligten mildernden Umstände werden diesen Formen nicht gerecht, da für manche Verbrechen keine mildernden Umstände vorgesehen sind. Auch hat die Bewilligung letzterer nur den Erfolg, daß die zum Teil sehr gefährlichen Menschen desto eher auf ihre Mitmenschen wieder losgelassen werden. Die von verschiedenen Seiten (v. Liszt, Aschaffenburg, Kahl) bisher vergebens erstrebte Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit, welcher sich darauf stützt, daß es zwischen Gesunden und Geisteskranken zahlreiche Übergangsstufen gibt, deren Widerstandsfähigkeit gegen Verbrechen in verschiedenem Grade beeinträchtigt ist, wird hoffentlich das neue Strafgesetzbuch bringen.

Für die Verwahrung der dauernd geisteskranken Verbrecher oder derjenigen, welche nur zur Zeit der Tat geisteskrank waren, aber gefährlich bleiben, wurden von Näcke[54]) besonders Adnexe an Strafanstalten, von anderer Seite solche an Irrenanstalten oder besondere Kriminalanstalten empfohlen. Letztere eignen sich nach Dannemann[11]) nur für größere Staaten, welche eine „größere Menge psychisch defekter Sträflinge ins Auge fassen müssen.“ Nach den auf dem deutschen Juristentage in Innsbruck 1905 aufgestellten Thesen sind alle geistig Minderwertigen milder zu bestrafen, und zwar sollen Gemeingefährliche, wenn sie strafvollzugsfähig sind, ihre Strafe in der Strafanstalt abbüßen und darauf in besonderen Anstalten bis zur Entlassungsfähigkeit verwahrt werden, während die nicht Strafvollzugsfähigen sogleich in diese Anstalten übergeführt werden sollen. Die Nichtgemeingefährlichen werden mild oder nicht

bestraft und sollen einer staatlichen Gesundheitsaufsicht unterliegen. Zur Verwahrung werden Kriminal-Irrenanstalten, Trinkeranstalten und besondere Spezialanstalten (Näcke) für geistig Minderwertige vorgeschlagen.

1. Geisteskranke als Zeugen und Ankläger.

Bekanntlich hängt die wichtige Aussage eines Zeugen von der Beschaffenheit der Sinnesorgane, der Aufmerksamkeit, Gefühlsbetonung, Urteilskraft, Merkfähigkeit, Erinnerungsfestigkeit sowie der Fähigkeit, das Reproduzierte wiederzugeben, ab. Ferner sind die Details des Erinnerungsbildes je nach Charakter, Geschlecht, Alter, Bildung, Neigung verschieden. Oft entstehen noch nachträglich Erinnerungsfälschungen durch Träume, Lektüre oder Erzählungen, welche öfters wiederholt werden. So findet häufig eine Umgestaltung der Erinnerungen statt, ohne daß es der Betreffende merkt. (Vergl. Sterns Beiträge zur Psychologie der Aussage.) Wieviel mehr muß noch die Aussage des Geisteskranken infolge der häufigen Trübung des Bewußtseins, der Halluzinationen, Wahnideen usw. Mißtrauen erwecken! „Welche Gefahr liegt“ nach Kötscher „darin für das Publikum, wenn der Richtende nicht ungefähr orientiert ist wenigstens über die hauptsächlichsten und relativ häufigsten Fehlerquellen, die uns die Psychopathologie liefert!“ Sommer unterscheidet einen paranoischen, halluzinatorischen, schwachsinnigen (mit moralischem Defekt), hysterischen (Autosuggestion) paramnestischen (Bewußtseinstrübung) Typus der falschen Aussagen bei Geisteskranken. Bekannt ist die Neigung der Melancholischen, sich aller möglichen Verbrechen zu beschuldigen, sich gering zu achten und andere zu überschätzen, während der Manische von sich eingenommen ist und auf andere herabblickt. Ebenso steht der Verfolgungswahn des Paranoikers, die geistige Abstumpfung und gesteigerte Suggestibilität des Imbecillen, die Lügenhaftigkeit des psychopathisch Minderwertigen (pseudologia phantastica), die Neigung des Hysterischen zur phantastischen Ausschmückung, das Bestreben Epileptischer, Gedächtnislücken infolge vorübergehender Bewußtlosigkeit mit Erfundenem auszufüllen, die Aufmerksamkeit und Gedächtnis schädigende Schlaffheit des Neurasthenikers, die degenerative Charakterveränderung des Trinkers und Morphinisten einer objektiven Würdigung und exakten Darstellung beobachteter Tatsachen hindernd im Wege. Ebenso sind die Anklagen des Alkoholikers wegen ehelicher Untreue, die endlosen Beschwerden des Querulanten, die sexuellen Beschuldigungen des Hysterischen, die Denunziationssucht des Epileptikers, sowie die

Selbstbeschuldigungen, welche von verschiedenen Geisteskranken vorgebracht werden, mit Vorsicht zu beurteilen.

Nach Fritsch [21]) kann die Aussage eines Verrückten vertrauenerweckend sein, wenn durch die betreffende Tatsache der Ideenkreis und die Persönlichkeit des Kranken nicht berührt wird, was sich gewöhnlich an der Leidenschaftslosigkeit der Aussage zeigt. Auch Imbecille können wahrheitsgetreue Angaben machen, wenn es sich um einfache Verhältnisse, Hysterische desgleichen, wenn es sich um Dinge handelt, die nicht affekterregend wirken, und wenn keine degenerative Charakterentartung vorliegt. Es wird immer darauf ankommen, in welcher Art und Weise die Aussagen gemacht werden, ob der Zeuge konstant bei seiner Aussage bleibt, und ob sich letztere widerspruchslos den übrigen Tatsachen einordnet. Während demnach Geisteskranke unter Umständen zeugnisfähig sein können, wird von Aschaffenburg vorgeschlagen, Geisteskranke und Geistesschwache nicht zu vereidigen, da durch die Eidesleistung schon der Gesunde leicht in Erregung und Verwirrung geraten kann, umsomehr der Geisteskranke, dessen Affektleben labiler ist.

2. Verbrechen von Geisteskranken.

Krafft-Ebing schlägt vor, eine psychiatrische Untersuchung eines Verbrechers zu veranlassen bei Mordtaten, welche mit auffälliger Grausamkeit begangen werden (Epileptiker, Degenerierte), bei Sittlichkeitsvergehen von Greisen, sexuell perversen Akten (Epilepsie, senile Demenz, beginnende Paralyse, Degeneration), bei Tötung eines Kindes gleich nach der Entbindung, bei Trunksucht, Epilepsie, Hysterie, bei Personen, die schon früher geisteskrank waren, bei Gewohnheitsverbrechern, welche sich trotz guter Erziehung zu Ver brechern entwickelt haben, bei Erinnerungslücken nach der Tat, Fehlen jeden äußeren Motivs. Während planmäßige Vorbereitung und kaltblütige Ausführung nicht gegen Psychose sprechen, kann man Geisteskrankheit vermuten, wenn kein äußeres Motiv vorliegt, die Tat unvorbereitet und ohne Affekt ausgeführt wird. „Aus der Handlungsweise des Täters nach der Tat läßt sich nur selten ein sicherer Schluß auf den Geisteszustand des Täters ziehen. Es kann nicht genug hervorgehoben werden, daß ein der Situation entsprechendes Verhalten nach der Tat nicht ohne weiteres gegen Geisteskrankheit spricht .... Ebensowenig kann ferner aus dem Streben, die Tat zu verbergen und ihre Spuren zu verwischen, aus Äußerungen der Reue und Verzweiflung, aus dem Streben, den Schaden wieder gut zu machen, z. B. dem Verletzten Hilfe zu leisten,

auf geistige Gesundheit, andererseits aus dem ostentativen Hinweis auf die begangene Tat, „absichtlichem Hervorheben gravierender Tatumstände“ oder aus der gemütsrohen Gleichgültigkeit gegenüber dem Opfer auf Geisteskrankheit mit Sicherheit geschlossen werden[3]). Eine Häufung von verdächtigen Momenten kann allerdings den Verdacht auf Geisteskrankheit zur Gewißheit machen. Empfehlenswert ist es auch nach Kasper, „in jedem Falle zu erwägen, ob man sich von dem betreffenden Individuum einer solchen Tat versehen konnte oder nicht.“

Nach Krafft-Ebing[52]) weisen auf einen krankhaften Geisteszustand während der Tat hin: „Warnung der Umgebung vor der zu begehenden Tat; Versuche, sich der zur Begehung des Verbrechens gebotenen Mittel selbst zu berauben; auffallende Änderung des Charakters, dumpfes Hinbrüten, Vernachlässigung des Berufs, Klagen über vage körperliche, speziell nervöse Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, ausgesprochene Befürchtung, irre zu werden, vage Andeutung in der Zeit vor der Begehung der Tat, daß etwas Schreckliches passieren werde, auffallende Gleichgültigkeit bei Verhaftung und Verhör, Spuren von Gereiztheit, von intellektueller Schwäche, abspringender profuser Geschwätzigkeit, beharrlichem Leugnen bei Ergreifung auf frischer Tat, transitorische Irreseinszustände und durch Fieber bedingte Erinnerungslosigkeit.“

Bei den einzelnen Phychosen überwiegen folgende kriminelle Handlungen:

Manie: Vagabondage. Ruhestörender Lärm. Alkoholexzesse. Infolge des erhöhten Geschlechtstriebes Notzuchtversuche, Prostitution. Diebstahl aus Begehrlichkeit, Bosheit, Mutwillen. Zweikampf. Gottesleugnung. Nötigung. Infolge der Reizbarkeit Beleidigung. Der Größenwahn führt zu Betrug. Bei Tobsucht schwere Gewalttaten.

Melancholie: Um aus der qualvollen Spannung und Angst herauszukommen, Selbstmord, Kindesmord, Brandstiftung. Seltener Verbrechen, um auf dem Schafott zu büßen. Fälschliche Selbstdenunziation.

Akute halluzinatorische Verwirrtheit: Notzucht, Sachbeschädigung, Körperverletzung, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Mord als Abwehr gegen die zahlreichen Sinnestäuschungen.

Dementia praecox, Jugendirresein: Infolge des zornigen Affekts Körperverletzung, Totschlag. Als impulsive Handlung Brandstiftung. Infolge der gemütlichen Abstumpfung, der Urteils- und Willensschwäche Disziplinarvergehen, Fahrlässigkeit.

Paranoia: Die Verfolgungsideen veranlassen Beleidigung, Ver-

leumdung, Meineid, Nötigung, Hausfriedensbruch, Brandstiftung, Mord. Bei Wahn der ehelichen Untreue Mord der Gattin und des vermeintlichen Liebhabers. Bei religiösem Wahn oft Mord einer geliebten Person als Opfer.

Epileptischer Dämmerzustand: Desertion, Vagabondage, Diebstahl, Exhibition, Totschlag harmloser Passanten. Besonders schreckliche Gewalttaten ohne äußeres Motiv, ohne Beachtung eventueller Zeugen.

Hysterischer Dämmerzustand: Diebstahl. Brandstiftung, Körperverletzung, Mord.

Epileptischer Blödsinn: Beleidigung, Körperverletzung, Totschlag, Sachbeschädigung infolge pathologischer Reizbarkeit ohne genügenden äußeren Anlaß. Majestätsbeleidigung, Verleumdung, grober Unfug, Betrug, Diebstahl, Päderastie, Exhibition, Notzucht.

Hysterischer degenerativer Charakter: Durch krankhafte Reizbarkeit Beleidigung, Verleumdung, Vergiftung, Mord, Widerstand gegen Staatsgewalt. Sexuelle Beschuldigung infolge von krankhaft gesteigerter Phantasietätigkeit. Meineid. Ladendiebstahl (krankhafter Zwangstrieb), Betrug.

Geistesstörungen durch Zwangsvorstellungen: Fahrlässigkeit. Diebstahl. Mord.

Neurasthenie: Infolge Erschöpfung Fahrlässigkeit, Versäumen, von Terminen, mangelhafte Buchführung. Infolge von Reizbarkeit Beleidigung, Disziplinarvergehen, Widerstand gegen Staatsgewalt, Körperverletzung, Freiheitsberaubung.

Traumatische Seelenstörung: Durch Reizbarkeit Körperverletzung, Sachbeschädigung, Brandstiftung. Sittlichkeitsverbrechen, Mord.

Paralyse: Plumper Diebstahl, unvorsichtig begangene Sittlichkeitsverbrechen, schwachsinnige Betrügerei, Alkoholexzesse, Unfug. Widerstand gegen Staatsgewalt. Später Meineid, Brandstiftung, Mord.

Altersblödsinn: Sittlichkeitsverbrechen an kleinen Kindern. Fahrlässige Brandstiftung (durch nächtliches Umherwandern). Betrug. Urkundenfälschung. Meineid. Mord. Durch Reizbarkeit Beleidigung.

Alkoholismus: Diebstahl, Betrug, Zechprellerei, Majestätsbeleidigung, Widerstand gegen Staatsgewalt, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch, Brandstiftung, Mord.

Akuter Rausch: Grober Unfug, Beleidigung, Sachbeschädigung, Widerstand gegen Staatsgewalt, Bestechung, Majestätsbeleidigung, Unzucht, Notzucht, Raub, Totschlag.

Imbezillität: Desertion, Disziplinarvergehen, Brandstiftung (mitunter aus Heimweh), Raub, Gewohnheitsdiebstahl, Betrug, be-

trügerischer Bankerott, Hochstapelei, Meineid, Päderastie, Sodomie, Notzucht, Lustmord, Totschlag.

Der von männlichen Geisteskranken ausgeführte Familienmord kommt nach Näcke(55) besonders bei Alkoholismus, Paranoia und Epilepsie vor, während bei Frauen mehr Melancholie, Paranoia und Dementia praecox in Betracht kommen.

3. Verbrechen an Geisteskranken.

Vorwiegend wird es sich hier um sexuellen Mißbrauch geisteskranker oder geistesschwacher Frauenspersonen handeln, wie folgende Paragraphen des Strafgesetzbuches besagen:

§ 176, 2. „Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer eine in einem willenlosen oder bewußtlosen Zustand befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischaf mißbraucht. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 6 Monaten ein. Verfolgung nur auf Antrag".

§ 178. „Ist durch eine der in § 176 und 177 bezeichneten Handlungen der Tod der verletzten Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter 10 Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein".

Zu berücksichtigen ist hierbei, daß der Täter mitunter durch manische Frauen, deren Sexualität gesteigert ist, oder paralytische und schwachsinnige mit moralischem Defekt erst zum Coitus veranlaßt wird. Außer dauernder Geistesstörung sind vom Gesetz noch vorübergehende Zustände von Bewußtlosigkeit und Willenlosigkeit gemeint, z. B. Scheintod, Somnambulismus, Ohnmacht, Volltrunkenheit, Übermüdung, Fieberdelirium, schwere Vergiftung, epileptischer und hysterischer Dämmerzustand. Besonders werden bei Entarteten leicht derartige Zustände ausgelöst durch lebhafte Affekte, sexuelle Erregung oder äußere Einwirkungen von abnormen Temperaturen, Überanstren, gungen, ungenügenden Schlaf, Alkohol, Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft. Unwahrscheinlich ist die Angabe der Frauensperson, wenn der Angriff während völliger Bewußtlosigkeit erfolgt sein soll, und trotzdem von derselben alle Einzelheiten genau beschrieben werden (Berze). Ferner ist den Angaben Hysterischer gegenüber Mißtrauen angebracht, da die sexuellen Attentate oft nur in der Phantasie dieser Personen existieren. Andererseits ist es oft nicht möglich, den Täter der Strafe zuzuführen, wenn die Geisteskrankheit nicht einen derartigen Grad erreicht hat, daß sie auch dem Laien deutlich erkennbar sein mußte. Besonders schwierig ist die Beurteilung bei sexuellem Mißbrauch während eines Rauschzustandes (Berze).

Auf eine absichtliche Herbeiführung eines willenlosen Zustandes

(z. B. durch Alkohol) zum Zwecke sexuellen Mißbrauchs bezieht sich § 177: „Mit Zuchthaus wird bestraft, wer durch Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben eine Frauensperson zur Duldung des außerehelichen Beischlafes nötigt, oder wer eine Frauensperson zum außerehelichen Beischlaf braucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willen- oder bewußtlosen Zustand versetzt hat."

In selteneren Fällen wird die Suggestibilität Schwachsinniger benutzt, um dieselben zur Ausführung von Betrugshandlungen und sonstigen Verbrechen zu verleiten.

4. Psychiatrische Begutachtung.

Deutsches Strafgesetzbuch § 81: „Zur Vorbereituug eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde. Dem Angeschuldigten, welcher einen Verteidiger nicht hat, ist ein solcher zu bestellen.

Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat aufschiebende Wirkung. Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten."

§ 73. „Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl erfolgt durch den Richter. Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern".

§ 74. „Ein Sachverständiger kann aus denselben Gründen, welche zur Ablehnung eines Richters berechtigen, abgelehnt werden. Ein Ablehnungsgrund kann jedoch nicht daraus entnommen werden, daß der Sachverständige als Zeuge vernommen ist . . . ".

§ 75. „Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er zur Erstattung von Gutachten der erforderten Art öffentlich bestellt ist „oder wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerben ausübt, oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist . . .".

§ 76. „Dieselben Gründe, welche einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern, berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens. Auch aus anderen Gründen kann ein Sachverständiger von der Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens entbunden werden."

„Die Vernehmung eines öffentlichen Beamten als Sachverständigen findet nicht statt, wenn die vorgesetzte Behörde erklärt, daß die Vernehmung den dienstlichen Interessen Nachteil bereiten würde".

§ 77. „Im Falle des Nichterscheinens oder der Weigerung eines zur Erstattung des Gutachtens verpflichteten Sachverständigen wird dieser zum Ersatze der Kosten und zu einer Geldstrafe bis zu 300 M. verurteilt. Im Falle wiederholten Ungehorsams kann noch einmal eine Geldstrafe bis zu 600 M. erkannt werden".

§ 78. „Der Richter hat, soweit ihm dies erforderlich scheint, die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten".

§ 79. „Der Sachverständige hat vor Erstattung des Gutachtens einen Eid dahin zu leisten:

daß er das von ihm erforderte Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen erstatten werde.

Ist der Sachverständige für die Erstattung von Gutachten der betreffenden Art im allgemeinen beeidigt, so genügt die Berufung auf den geleisteten Eid".

§ 80. „Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden. Zu demselben Zwecke kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, der Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten beizuwohnen und an dieselben unmittelbare Fragen zu stellen".

§ 82. „Im Vorverfahren hängt es von der Anordnung des Richters ab, ob die Sachverständigen ihr Gutachten schriftlich oder mündlich zu erstatten haben".

§ 83. „Der Richter kann eine neue Begutachtung durch dieselben oder durch andere Sachverständige anordnen, wenn er das Gutachten für ungenügend erachtet.

Der Richter kann die Begutachtung durch einen anderen Sachverständigen anordnen, wenn ein Sachverständiger nach Erstattung des Gutachtens mit Erfolg abgelehnt ist.

In wichtigeren Fällen kann das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden".

§ 247. „Die vernommenen Zeugen und Sachverständigen dürfen sich nur mit Genehmigung oder auf Anweisung des Vorsitzenden von der Gerichtsstelle entfernen . . .".

Sommer rät dringend, in allen Fällen neben dem Aktenstudium und der genauen Erforschung des Vorlebens eine exakte persönliche Untersuchung des Angeschuldigten mit allen Mitteln der Diagnostik vorzunehmen.

„Ebenso empfiehlt es sich“ nach Kramer [9]) „stets, wenn man nach Kenntnis der Akten und nach Untersuchung des Angeschuldigten die Überzeugung hat, daß die Vernehmung bestimmter Zeugen eine wesentliche Aufklärung bringen könnte, um Ladung derselben zum Termin zu ersuchen.... Während der Verhandlung scheue man sich nicht, sich so zu stellen oder zu setzen, daß man den Angeschuldigten genau im Auge behalten kann. Hält man es für erforderlich, Fragen an Zeugen oder den Angeschuldigten zu richten, so holt man bei dem Vorsitzenden die Erlaubnis dazu ein.... Man unterlasse es, ein schriftliches Gutachten zu verfassen, wenn ein solches in der Requisition von seiten des Gerichts nicht ausdrücklich verlangt ist“.

Der Wert der Gerichtsverhandlung besteht nach Sommer darin, daß der Gutachter die Möglichkeit hat, Fragen an die Zeugen zu richten, daß mißverstandene Auffassung seines Gutachtens aufgeklärt werden kann, und durch Zeugenaussagen, Beobachtung des Angeklagten usw. während der Verhandlung neues Material herbeigebracht werden kann, welches das Gutachten bestätigt oder modifiziert. Es wird sich bei der Abfassung des Gutachtens immer darum handeln, „die Chronologie der Vorgänge, in welche die Straftat sich einreiht, möglichst genau festzustellen, weil nur unter dieser Voraussetzung ein richtiger Schluß auf den Kausalzusammenhang der Handlung mit einem bestimmten Geisteszustand gemacht werden kann.... Man muß also versuchen, aus den Zeugenaussagen den Gang der Ereignisse, deren einen Punkt die Handlung bildet, ganz klar herauszustellen und dann prüfen, wie sich die Erinnerungen und Auffassungen des Angeschuldigten zu diesem wirklichen Gang der Ereignisse stellen [65])“. Dann muß die Handlung nach Sommer in objektiver (Nebenumstände) und subjektiver Beziehung (Motiv) geprüft werden. Es muß weiter nach demselben Autor versucht werden, den Zustand unter die anerkannten Formen der Geisteskrankheiten einzureihen oder, wenn dies unmöglich ist, die Symptome zusammenzustellen und zu prüfen, ob der Zustand ein krankhafter ist, d. h., ob ... durch die beobachteten geistigen Erscheinungen das Individuum in seinem Fortkommen in der sozialen Gemeinschaft geschädigt ist [66])“.

Nach Berze [2]) sind „die aus dem Mangel hochwertiger Vorstellungskomplexe hervorgehende Haltlosigkeit, die defekte, durch Affekte und Triebe zu sehr beeinflußbare und zu leicht im vollen Umfange kaptivierbare Phantasietätigkeit und der mit dieser Störung der Phantasietätigkeit im intimsten Zusammenhange stehende Defekt der Anlage zu zweifeln, soweit die aus dem geistigen Besitz sich ergebenden positiven Grundlagen der Moral in Betracht kommen, der

sicherste Ausdruck der Unfähigkeit, sittlich zu wollen und damit die sichersten Indizien für die Annahme einer Verminderung der Zurechnungsfähigkeit bezw., wenn der nach dem Gesetz strafausschließend wirkende Grad erreicht ist, für die Annahme der Unzurechnungsfähigkeit... Wo aber durch die Untersuchung des Inventars antimoralische Antriebe in der Form abnorm gesteigerter Triebe, durch abnorme Hochwertigkeit unwiderstehlich gewordener Begierden oder durch in abnormer Stärke gefühlsbetonter Strebungen aufgedeckt werden, da muß nicht immer eine allgemeine moralische Insuffizienz angenommen werden, da kann unter Umständen der sittliche Defekt und somit auch die Verminderung bezw. Aufhebung der Zurechnungsfähigkeit auf die Gebiete beschränkt sein, die durch die betreffenden Triebe und Begierden beschränkt sind. Mit Recht kann in derartigen Fällen von „partieller Unzurechnungsfähigkeit gesprochen werden“.

Der in § 51 angeführte Relativsatz: „Zustand ... durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war“, ist nach Sommer konditionell aufzufassen, bedeutet demnach: „falls dadurch....“ und soll die Tätigkeit des Psychiaters einschränken. Da die Frage nach der freien Willensbestimmung, streng genommen, nicht in den Bereich des ärztlichen Sachverständigen fällt, tut er gut, diese Frage spontan nicht zu berühren und sich auf den Nachweis der Geisteskrankheit zu beschränken, doch ist er verpflichtet, bei Befragung seine private Ansicht über diesen Gegenstand zu äußern (Sommer).

Unter dem in § 51 angeführten Worte „Bewußtlosigkeit“ ist nach Sommer eine krankhafte starke Einschränkung der psychischen Vorgänge mit Störung des Selbstbewußtseins zu verstehen.

Bezüglich des schriftlichen Gutachtens (in der Gerichtsverhandlung ist das Gutachten mündlich zu erstatten) kommt es nach Hoche [28]) auf folgende Punkte an:

Beschränkung auf das medizinische Gebiet. Kenntnis der prozessualen Bestimmungen und Paragraphen. Knappe Fassung, logischer, übersichtlicher Aufbau. Scheidung von tatsächlichem Material und Schlußfolgerungen. Vollständigkeit des Materials ohne Breite. Absätze und Überschriften. Guter Stil.

Einleitung: Nennung der Behörde, welche das Gutachten eingefordert hat, wörtliche Angabe der an den Sachverständigen gestellten Fragen. Kurze Darstellung der Rechtsverhältnisse, die zur Begutachtung den Anlaß geben (Delikt), um das Verständnis der Situation zu erweisen. Umstände anführen, die Anlaß gegeben haben, den Geisteszustand zu bezweifeln. Mitteilung der getroffenen Anord-

nungen (z. B. Anstaltsbeobachtung). Darauf Anamnese (Kindheit, Pubertätszeit, späteres Leben) nach den Akten und Aussagen von Zeugen. (Aussagen des Beschuldigten als solche kenntlich machen). Erblichkeit bedeutungslos, wenn das Individuum keine krankhaften Spuren aufweist. Vorsicht auch bei Würdigung von anderen Schädlichkeiten, welche früher eingewirkt haben. Bedeutsam sind Syphilis, Kopfverletzung oder Krankheiten, welche das Gehirn in der ersten Entwickelung aufgehalten haben.

Eingehende Darstellung des früheren geistigen Wesens nach Begabung, Neigung, Gewohnheit, Gefühlsleben, Affekten, geistigen Eigentümlichkeiten. Schriftliche Belegstücke aus Jugend beibringen (Schulhefte, Zeugnisse), besonders bei angeborenem Schwachsinn. Frühere Strafen, Entmündigung usw. anführen. Bei allen Daten Quellen und Glaubwürdigkeit derselben angeben.

Art der Ausführung der Handlung, Zeugenaussagen über das Benehmen vor und nach der Tat. Ärztliche Untersuchung mit allen Hilfsmitteln der Diagnostik. Symptome nach der Wichtigkeit gruppieren. Bei Beschreibung der Symptome, z. B. Sinnestäuschungen, angeben, auf welche Beobachtungen sich die Angabe stützt. Besonders geistige Schwäche durch reichliches Tatsachenmaterial stützen. Simulation, Dissimulation berühren. Zuletzt Feststellung, ob geistige Anomalie vorliegt. Psychiatrische Diagnose, wenn es sich um wohl charakterisiertes Krankheitsbild handelt, dessen Feststellung Schlüsse auf Tragweite der Symptome, Verlauf, Heilbarkeit, Einfluß auf das Handeln erlaubt. Diagnose nicht möglich, so Analyse der Einzelsymptome und ihrer Tragweite. Am Schluß Beantwortung der am Anfang gestellten Fragen. Nicht zu beantworten, so Unmöglichkeit begründen und Vorbehalte machen. Möglichst den Wortlaut des entscheidenden Paragraphen in der Antwort wiederholen. Die Antwort muß jedem Gebildeten verständlich sein, Fachkenntnisse dürfen nicht vorausgesetzt werden. Allgemeine Ergebnisse der Erfahrung von persönlichen Schlußfolgerungen trennen. Einwände im voraus entkräften. „Wenn das Gesetz eine verminderte Zurechnungsfähigkeit anerkennte, würde der Zustand des N. N. unter den Begriff derselben fallen". Auch Fachäußerungen anschließen, die nicht gefragt, z. B. über Gemeingefährlichkeit. Letztere von dem Übrigen trennen mit der Bemerkung, daß man sich bewußt ist, daß sie über die vom Richter gestellten Fragen hinausgehen.

B. Zivilrecht.

1. Pflegschaft.

Deutsches Bürgerliches Gesetzbuch § 1910. „. . . Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger

oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist".

Die bei dem Vormundschaftsgericht zu beantragende Pflegschaft, welche einfacher und billiger ist, sowie schneller bewirkt werden kann, als die Vormundschaft, kann bei einem schon Bevormundeten eingereicht werden für bestimmte Angelegenheiten, wenn der Vormund an seiner Pflicht verhindert ist, oder sie kann selbständig sein. Sachverständige werden nicht immer zugezogen.

Die geistigen Gebrechen bestehen öfters in beginnender oder in der Heilung begriffener leichter Geisteskrankheit, z. B. Vorboten der Paralyse, leichter Depression, Neurasthenie. Zur „Verständigung" gehört, daß der Betreffende den Sinn der Pflegschaft erfaßt hat und seine Ansicht darüber mitzuteilen vermag (verhindert durch Aphasie, Verkennung der Situation durch Wahnideen, Urteilsschwäche usw.) Der Gebrechliche bleibt geschäftsfähig, darf aber nicht als Vormund, Mitglied eines Familienrates, Testamentsvollstrecker fungieren.

Die Pflegschaft erlischt, wenn der Betreffende die Aufhebung derselben beantragt, oder wenn die betreffende Angelegenheit ihre Erledigung gefunden hat.

2. Vorläufige Vormundschaft.

Deutsches Bürgerliches Gesetzbuch § 1906: „Ein Volljähriger, dessen Entmündigung beantragt ist, kann unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden, wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet".

Nach § 1908 endigt die vorläufige Vormundschaft, wenn der Antrag zurückgezogen oder abgewiesen, wenn die Entmündigung ausgesprochen wird oder der vormundschaftliche Schutz nicht mehr nötig ist. Die vorläufige Vormundschaft bedingt die Geschäftsfähigkeit eines Minderjährigen.

3. Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche.

Deutsches Bürgerliches Gesetzbuch § 2. „Die Volljährigkeit tritt mit der Vollendung des 21. Lebensjahres ein".

§ 104. Geschäftsunfähig ist:

1. wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat;

2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, insofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist;

3. „wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist".

§ 105. „Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehenden Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird".

§ 106. „Ein Minderjährigsr, der das 7. Lebensjahr vollendet hat, ist nach Maßgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt".

§ 114. „Wer wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht entmündigt, oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährige gleich, der das 7. Lebensjahr voll endet hat".

Die Entmündigung wird ausgesprochen von dem zuständigen Amtsgericht oder dem, in dessen Bezirk sich der zu Entmündigende aufhält.

Zivilprozeßordnung § 646. „Der Antrag kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden, welchem die Sorge für die Person zusteht. Gegen eine Person, die unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, kann der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann der Antrag von einem Verwandten nur gestellt werden, wenn auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erkannt ist, oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrags dauernd außerstande oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist.

In allen Fällen ist auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgerichte zur Stellung des Antrags befugt".

§ 647. „Der Antrag kann bei dem Gericht schriftlich eingereicht oder zum Protokoll des Gerichtsschreibers angebracht werden. Er soll eine Angabe der ihn begründenden Tatsachen und die Bezeichnung der Beweismittel enthalten".

Das Gericht kann nach § 649 ein ärztliches Zeugnis fordern, welches die Geisteskrankheit bescheinigt und die Notwendigkeit der Entmündigung aus den Handlungen des Betreffenden begründet. Der zu Entmündigende ist persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständigen zu vernehmen. Zu diesem Zwecke kann die Vor-

führung angeordnet werden (§ 654 Zivilprozeßordnung). Ferner kann der zu Entmündigende mit Zustimmung des Antragstellers auf Anordnung des Gerichts auf höchstens 6 Wochen in einer Heilanstalt untergebracht werden, wenn es nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes nötig und für den Betreffenden unschädlich ist (§ 656). Nach § 653 kann auch der zu Entmündigende Beweismittel beibringen. Der die Entmündigung aussprechende Beschluß ist nach § 660 der Vormundschaftsbehörde und dem gesetzlichen Vertreter mitzuteilen, bei Entmündigung wegen Geistesschwäche auch dem Kranken selbst (obwohl letzteres oft auf den Zustand desselben ungünstig einwirkt). Der Entmündigungsbeschluß kann im Wege der Klage binnen der Frist eines Monats angefochten werden (§ 664). Die Wiederaufhebung der Entmündigung erfolgt nach § 675 auf Antrag des Entmündigten oder desjenigen gesetzlichen Vertreters des Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht oder des Staatsanwalts durch Beschluß des Amtsgerichts (§ 675). Wird der Antrag abgelehnt, so steht der Weg der Klage frei (§ 679). Bei der Aufhebung der Entmündigung werden wieder Beweismittel eingefordert und Sachverständige gehört.

§ 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches „Entmündigt kann werden:

1. Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

3. Wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet“.

Gemeingefährlichkeit allein rechtfertigt die Entmündigung nicht.

Unter den „Angelegenheiten“ ist nach C. Schultze „die Gesamtheit aller Beziehungen des einzelnen zu seiner Familie, seinem Vermögen und zu seiner Umgebung“ zu verstehen.

Die Entmündigung tritt demnach nur ein, wenn die geistige Erkrankung die ganze Persönlichkeit in allen Lebensverhältnissen völlig beherrscht, sodaß sie außerstande ist, ihre Angelegenheiten, besonders Vermögensangelegenheiten, selbständig zu besorgen. „Die ganze Lebensführung ist zu berücksichtigen, nicht die Möglichkeit, eine Anzahl selbst nicht einfacher Verrichtungen sachgemäß zu vollziehen“ ([52]).

Die Ausdrücke „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ werden hier nicht im psychiatrischen, sondern im juristischen Sinne gebraucht und bedeuten verschiedene Grade der Störung der Geschäftsfähigkeit (Geisteskrankheit der stärkere Grad). Und zwar nimmt der wegen Geisteskrankheit Entmündigte die Stellung eines Geschäftsunfähigen,

eines Kindes unter 7 Jahren ein, der wegen Geistesschwäche Entmündigte diejenige eines beschränkt Geschäftsfähigen, eines Minderjährigen (7—21 Jahre). Letzterer muß „imstande sein, unter der schützenden Aufsicht eines Vormundes oder des Vormundschaftsgerichts bei Besorgung gewisser Angelegenheiten mitzuwirken" (Moeli). Der wegen Geistesschwäche Entmündigte ist allerdings nicht fähig, als Vormund, Pfleger zu fungieren, ein Testament zu errichten, einen Erbvertrag mit anderen als mit seiner Ehefrau zu schließen und besitzt keine elterliche Gewalt. Die Ehefrau kann auf Aufhebung der Verwaltung und Nutznießung ihres Vermögens durch den Gatten klagen. Der wegen Geistesschwäche Entmündigte kann aber ohneGenehmigung des Vormundes alle Rechtsgeschäfte besorgen, die ihm rechtlichen Vorteil bringen. Im übrigen bedarf er stets der Zustimmung des Vormundes z. B. zur Verlöbniserklärung, Eingehung der Ehe. In Ehesachen ist er prozeßfähig. Ferner kann er die Ehelichkeit eines Kindes ohne Vormund anfechten sowie ein vor der Entmündigung errichtetes Testament selbständig widerrufen. Zum selbständigen Betrieb eines Erwerbsgeschäftes gehört dagegen die Einwilligung des Vormundes und Vormundschaftsgerichts. Der Betreffende wird dann aber unbeschränkt geschäftsfähig für Rechtsgeschäfte, die der Geschäftsbetrieb in sich schließt. Dasselbe gilt bei Eingehung eines Arbeitsverhältnisses. Jeder wegen Geistesschwäche Entmündigte kann nach Gutdünken des Gerichts vereidigt werden. (Moeli). Endlich kann derselbe gegen den Willen des Vormundes einen Wohnsitz weder begründen noch aufheben.

Zu erwähnen ist noch, daß nicht entmündigte Geisteskranke unter Umständen an der Börse spekulieren, ein Testament errichten können, aber unfähig sind, eine rechtsgültige Ehe einzugehen.

S c h w a c h s i n n: Wichtiger als theoretische Kenntnisse ist die Fähigkeit zu richtiger Lebensführung. Daher genaue Erforschung des Vorlebens. Geordnetes Verhalten in der Anstalt nicht maßgeblich. Degenerierte mit guter Intelligenz sind nicht geschäftsfähig, wenn sie ein unstetes, haltloses Wesen zeigen und äußerer Beeinfussung willenlos unterliegen (Moeli). Die leicht Imbecillen und Degenerierten geben im Termin oft infolge ihres guten mechanischen Gedächtnisses und ihrer Formengewandheit ein zu günstiges Bild. „Abzuraten ist von der Annahme der „Geistesschwäche" in den Fällen, wo die Neigung zum Phantasieren, zur pathologischen Lüge und zu Schwindeleien besonders hervortritt" ([52]).

Altersblödsinn und Geistesschwäche nach Schlaganfall: Starke Vergeßlichkeit, Reizbarkeit, geringe Willensenergie, gemütliche Ver-

ödung, so Entmündigung wegen Geisteskrankheit. Prognose meist ungünstig.

Paranoia: Sind oft geordnet und ruhig, erfüllen ihre Aufgaben im sozialen Leben gut, solange der krankhafte Ideenkreis nicht berührt wird. Wahnideen und Sinnestäuschungen beeinträchtigen an sich das Handeln des Kranken nicht. Entmündigung daher oft lange Zeit nicht nötig. Mitunter zeitweise Verschlechteruug des Zustandes, z. B. durch gehäufte Halluzinationen. Im späterem Verlauf macht bisweilen allgemeine geistige Abschwächung die Entmündigung nötig.

Entmündigung dann, wenn Vernachlässigung des Erwerbs, Schädigung des Vermögens, mangelnde Sorge für die soziale Stellung, für die Lebenshaltung, Pflege der körperlichen und geistigen Gesundheit, für die Familie. Der Richter entscheidet, ob eine Störung der Besorgung der Angelegenheiten im allgemeinen vorliegt.

Dementia praecox: Wegen der gemütlichen Abstumpfung und des Mangels an Initiative meist an der Besorgung der Angelegenheiten gehindert. Selten Pflegschaft möglich.

Depression: Patient so gehemmt und passiv, daß Angelegenheiten vernachlässigt, soEntmündigung, nach längerer Krankheitsdauer.

Exaltation des man. depress. Irresein: Handeln ohne genügende Überlegung. Mangel an Kritik. Entmündigung nur bei langen Anfällen und kurzen Zwischenpausen. Nicht zu zeitig wieder aufheben. Nach dem bisherigen Verlauf bald Rückfälle zu erwarten, so Entmündigung wegen Geistseskrankheit.

Paralyse: Zeitig Entmündigung, da sonst das Vermögen verschleudert wird. Im Anfang wegen Geistesschwäche, später wegen Geisteskrankheit.

Hirnsyphilis: Meist genügt Entmündigung wegen Geistesschwäche. Mitunter Pflegschaft mit Einwilligung des Kranken möglich.

Epilepsie: Nur Entmündigung bei geistiger Schwäche oder gehäuften Anfällen resp. transitorischen geistigen Störungen, wenn die Angelegenheiten nicht besorgt werden.

Hysterie: Entmündigung nur bei der schwersten Form, wenn durch hysterischen Affekt und Assoziationsstörung das Handeln wesentlich gestört wird. Die Dauer der einzelnen hysterischen Symptome ist schwer zu beurteilen.

Hypochondrie: Entmündigung, wenn der Kranke sich zu geschwächt glaubt, um Geschäfte zu besorgen, oder wenn er für unsinnige Kuren das Vermögen verschwendet ohne Rücksicht auf die Familie.

Bei akuter Geistesstörung, z. B. Amentia, ist meist von Entmündigung abzusehen.

Wiederaufhebung der Entmündigung:

Bei länger dauernder Besserung (Remission) der Paralyse Aufhebung der Entmündigung, wenn fast kein Anzeichen der Krankheit mehr nachweisbar ist. Doch Vorsicht, da jeden Augenblick folgenschwerer Rückfall möglich ist.

Bei dementia praecox oder angeborenem Schwachsinn Besserung oft durch den Nachlaß der Erregung vorgetäuscht.

Umgekehrt werden mitunter Sinnestäuschungen bei geringem Schwachsinn und Wahnideen Degenerierter zu ungünstig beurteilt, sie schwinden öfters wieder.

Bei manisch-depressivem Irresein Aufhebung nur, wenn das Intervall lange dauert, und keine Intelligenzstörung vorliegt.

Paranoia. Große Vorsicht nötig, da die Kranken ihre Wahnideen usw. oft sehr geschickt verbergen.

Alkoholismus. Nur nach langer Abstinenz und nach Rückgang der Symptome des Alkoholismus Aufhebung. Prüfen, wie weit die Abstinenz aus eigener Kraft durchgeführt wird, wie weit sie auf den Einfluß der augenblicklichen Umgebung zurückzuführen ist (Moeli).

Die Tätigkeit des Sachverständigen besteht in der Einreichung eines kurzen ärztlichen Zeugnisses bei Einleitung der Entmündigung, in der Untersuchung und Beobachtung des zu Entmündigenden, in dem Bemühen, im Gerichtstermin durch Fragen möglichst schnell und umfassend ein Bild des Geisteszustandes des zu Entmündigenden zur Anschauung zu bringen, und schließlich ein Gutachten zu Protokoll zu diktieren oder schriftlich abzugeben. Die Fragen und Antworten sollen wörtlich protokolliert, und vom Sachverständigen auch das Benehmen, die Ausdrucksbewegungen des zu Entmündigenden fixiert werden (Moeli).

Das schriftliche Gutachten enthält die Anamnese, den genauen Krankheitsbefund in psychischer und körperlicher Beziehung während der Untersuchung, sowie während des Anstaltsaufenthaltes, die Zusammenfassung der Symptome zu einer psychiatrischen Diagnose, die Beziehung der nachgewiesenen psychischen Störung auf die juristischen Begriffe der Geisteskrankheit und Geistesschwäche und den Beweis, daß der Betreffende wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankeit unfähig ist, seine Angelegenheiten zu besorgen. Es ist empfehlenswert, im Verlaufe des Gutachtens nur von Psychose, Irresein, geistiger Störung usw. zu sprechen und die Ausdrücke Geisteskrankheit und Geistesschwäche nur für die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit am Schlusse zu reservieren.

4. Entmündigung wegen Trunksucht.

Die Entmündigung wegen Trunksucht erfolgt durch Beschluß des Amtsgerichts (Zivilprozeßordnung § 680). Die Wiederaufhebung erfolgt auf Antrag des Entmündigten oder seines gesetzlichen Vertreters (§ 685). Die Entmündigung wie die Aufhebung derselben müssen vom Amtsgericht öffentlich bekannt gemacht werden (§ 687).

Der Entmündigte besitzt die Geschäftsfähigkeit eines Minderjährigen. Die Vernehmung ärztlicher Sachverständiger ist nicht erforderlich.

5. Testierfähigkeit und Anfechtung eines Testaments.

§ 2229 Abs. 3. „... Wer wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist, kann ein Testament nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des Antrags ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt".

§ 2230. „Hat ein Entmündigter ein Testament errichtet, bevor der die Entmündigung aussprechende Beschluß unanfechtbar geworden ist, so steht die Entmündigung der Gültigkeit des Testaments nicht entgegen, wenn der Entmündigte noch vor dem Eintritt der Unanfechtbarkeit stirbt.

Das Gleiche gilt, wenn der Entmündigte nach der Stellung des Antrags auf Wiederaufhebung der Entmündigung ein Testament errichtet und die Entmündigung dem Antrage gemäß wieder aufgehoben wird".

Die Anfechtung eines Testaments kann binnen Jahresfrist durch denjenigen erfolgen, dem die Aufhebung der testamentarischen Bestimmung Nutzen bringen würde (§§ 2080 u. 2082).

Ist der Testator verstorben, so kann für den Sachverständigen außer den Zeugenaussagen das Studium des Testaments nach Inhalt und Stil, der Ausführung der Schriftzeichen (nicht nur Namensunterschrift prüfen) sowie das Sektionsprotokoll, falls es vorhanden ist, von Nutzen sein.

6. Deliktsfähigkeit.

Nach v. Liszt ist Delikt jede schuldhafte rechtswidrige Verletzung fremder rechtlich geschützter Interessen, z. B. Verletzung des Lebens, Körpers, der Gesundheit, Freiheit, des Eigentums usw. (§ 823), Gefährdung des Kredits, Erwerbs, Fortkommens (§ 824), Verletzung der Geschlechtsehre durch außereheliche Beiwohnung (§ 825), Verstoß gegen die guten Sitten (§ 826). Deliktsfähigkeit kann demnach mit Schadenersatzpflicht bezeichnet werden (Hoche).

§ 827. „Wer im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem

die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele; die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand geraten ist“.

§ 832. „Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde“. Intoleranz eines Nicht-Geisteskranken gegen Alkohol entschuldigt nur, wenn sie dem Betreffenden unbekannt ist. Ebenso exkulpiert ein unwiderstehlicher Trieb zum Trinken nur, wenn er auf eine Psychose zurückgeführt werden kann, welche mit chronischer Intoleranz gegen Alkohol verbunden ist, z. B. Epilepsie (Dipsomanie), Paralyse, traumatische Psychose, degenerative Entartung, chronischer Alkoholismus, Morphinismus usw.

Beziehungen der Geisteskrankheiten zum Eherecht.

§ 1325 Abs. 1. „Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Geistesstörung befand.

Die Ehe ist als von Anfang an gültig anzusehen, wenn der Ehegatte sie nach dem Wegfall der Geschäftsunfähigkeit, der Bewußtlosigkeit oder der Störung der Geistestätigkeit bestätigt, bevor sie für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist. Die Bestätigung bedarf nicht der für die Eheschließung vorgeschriebenen Form“.

Unter „Bewußtlosigkeit“ wird meist ein epileptischer, hysterischer Dämmerzustand oder schwerer Rausch zu verstehen sein. Betreffs der „Geistesstörung“ wird es sich meist um Schwachsinn, beginnende Paralyse, Manie handeln, öfter werden auch schwer Kranke oder Sterbende infolge der Störung des Bewußtseins, der Trübung des Urteils, der Abstumpfung der Gemüts- und Willenstätgkeit zur Eheschließung veranlaßt.

§ 1331. „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden

der zur Zeit der Eheschließung oder im Falle des § 1325 zur Zeit der Betätigung in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschließung oder die Betätigung ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters erfolgt ist".

Verweigert in diesem Falle der Vormund seine Einwilligung, so kann das Vormundschaftsgericht die Ehe genehmigen.

Bei jahrelang bestehender Trunksucht, deren Heilung vergebens versucht worden ist, Epilepsie, Imbezillität, Irresein aus Zwangsvorstellungen usw. ist von Eheschließung abzuraten.

§ 1333. „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihm bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden".

Zu „persönlichen Eigenschaften" können Psychosen dann nicht gehören, wenn sie vorübergehend infolge äußerer Einwirkungen entstanden sind und keine bleibenden Folgen hinterlassen haben (Erschöpfungsirresein im Gegensatze zu dem endogenen manisch-depressiven Irresein) (Moeli).

§ 1334 Abs. 1. „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Eingehung der Ehe durch arglistige Täuschung über solche Umstände bestimmt worden ist, die ihn bei der Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden" ... Längere Zeit unentdeckt bleibt mitunter Epilepsie, wenn keine ausgesprochenen Krämpfe auftreten, oder periodische Trunksucht (Dipsomanie).

Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

§ 1569 B.G.B.: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist."

§ 623 Z.P.O.: „Auf Scheidung wegen Geisteskrankheit darf nicht erkannt werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des Beklagten gehört hat."

Ist der geisteskranke Ehegatte entmündigt, so ist der Vormund der gesetzliche Vertreter in der Ehescheidungsklage. Ist der gesunde Gatte selbst Vormund, so ist für die Ehescheidungssache ein Pfleger

zu bestellen, desgleichen, wenn der Kranke nicht entmündigt ist. Zur Abgabe des Gutachtens ist Anstaltsbeobachtung nicht nötig. Der Richter braucht den geisteskranken Ehegatten nicht persönlich zu vernehmen. Der geschiedene geisteskranke Ehegatte erhält nach § 1478 Abs. 3 das zurück, was er in die Ehe eingebracht hat und muß vom gesunden Ehegatten nach § 1583 unterhalten werden.

1. Muß dieselbe Geisteskrankheit während der Ehe ununterbrochen 3 Jahre angehalten haben. „Lichte Zwischenräume, während deren zwar die Geisteskrankheit fortdauert, dem kranken Ehegatten aber doch das bestehende eheliche Band zum Bewußtsein kommt, schließen die Scheidung nicht aus[51]).“

Ist die Krankheit in Anfällen aufgetreten, so dürfen diese nach Hoche nicht durch neue äußere Einwirkungen veranlaßt worden sein, wenn der Zustand als eine Krankheit gerechnet werden soll.

2. Muß die geistige Gemeinschaft aufgehoben sein. Lenel definiert die geistige Gemeinschaft als das Familieninteresse, das übereinstimmende Bewußtsein, daß man an dem Wohl des anderen Ehegatten und der Kinder interessiert sei, und den übereinstimmenden Willen, diesem Wohle nach Kräften zu dienen.

Die eheliche Gemeinschaft wird demnach bei ausgesprochenem Blödsinn, aber auch bei Verrücktheit aufgehoben sein, wenn sich das Wahnsystem in feindseligem Sinne gegen die ehelichen Beziehungen richtet.

Beschränkt sich die Teilnahme nur noch auf die Kinder, erstreckt sie sich nicht auf den Mann, so kann man nach Moeli von ehelicher geistiger Gemeinschaft nicht mehr sprechen.

3. Muß jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen sein.

Es ist daher große Vorsicht bei der Beurteilung nötig. Unheilbarkeit einer Geistesstörung kann man nach Cramer[10]) annehmen, „wenn die Seelenstörung 1. angeboren oder im ersten Kindesalter oder in der Pubertät entstanden ist und auf einer Entwickelungshemmung des Gehirns beruht (also angeborener Schwachsinn, Idiotie, Imbezillität); 2. wenn sie nach einem mehr oder weniger gut ausgeprägten akuten Stadium zu einer bleibenden geistigen Schwäche, zu sekundärem Blödsinn oder sekundärer Verwirrtheit geführt hat; 3. wenn sich mehrere Jahre hindurch gleichbleibend ein feststehendes System von Verfolgungs- und Größenideen nachweisen läßt; 4. wenn sich eine sukzessive, zunehmende, ausgeprägte Abnahme der Intelligenz mit körperlichem Verfall und ausgesprochenen Lähmungserscheinungen, welche auf eine schwere organische Erkrankung des

Gehirns hinweisen, verbindet und auch bei geeigneter Behandlung weiter entwickelt (besondere Vorsicht ist hier am Platze bei dem Alkoholismus). Ich will auch hier betonen, daß man gut tut, bei ganz akuten Verblödungszuständen zwei bis drei Jahre und länger zu warten, bevor man die Unheilbarkeit ausspricht."

Paralyse: Vorsicht, da mitunter viele Jahre anhaltende wesentliche Besserungen (Remissionen) vorkommen, die oft einer Heilung gleichen. Die Aussicht ist ungünstiger, wenn viele paralytische Anfälle mit folgenden Störungen beobachtet wurden oder zahlreiche nicht im Anschluß an die Anfälle entstandene körperliche Symptome vorhanden sind.

Alkoholismus: Ehescheidung nur, wenn trotz jahrelanger Behandlung deutliche geistige Abschwächung bestehen bleibt.

Altersblödsinn: Hochgradig, so Besserung unwahrscheinlich.

Epileptischer Blödsinn desgleichen.

Bei Arteriosklerose der Hirngefäße und Schlaganfall Ehescheidung nur, wenn dauernde geistige Schwäche zurückbleibt.

Manisch-depressives Irresein: Ehescheidung nur bei jahrzehntelangem Bestehen, wenn Blödsinn eingetreten ist. Besonders schwere Melancholie geht nach vieljähriger Dauer oft noch in Heilung über.

Hysterie: Ehescheidung selten möglich, da das Verständnis für die ehelichen Pflichten gewöhnlich erhalten bleibt, und der Zustand meist Schwankungen unterliegt, sowie die Dauer der Symptome sich schwer bestimmen läßt.

Paranoia: Ehescheidung nur, wenn sich im Verlaufe von Jahren ein festes Wahnsystem entwickelt hat, besonders wenn dasselbe sich gegen die ehelichen Beziehungen im feindlichen Sinne richtet.

Dementia praecox: Hier besondere Vorsicht geboten, da oft trotz schwerer Symptome, z. B. Erregung, Hemmung, Abstumpfung, katatonischer Zeichen und lange Zeit anhaltenden Stupors eine wesentliche Besserung möglich ist, welche die Wiederherstellung der ehelichen Beziehungen gestattet. Die Aussichten werden allerdings um so ungünstiger, je länger die Krankheit anhält, je mehr katatonische Symptome in den Vordergrund treten und je mehr das von der Krankheit betroffene Gehirn schon vorher abnorm war, z. B. bei dementia praecox auf imbeziller Grundlage (Bleuler und Jahrmärker).

Literatur.

1. Bernstein, Untersuchung der Merkfähigkeit bei Geisteskranken, Zeitschrift für Psych. der Sinnesorgane. B. 32 H. 3 und 4.
2. Berze, Über das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit, Karl Marhold, Halle 1908.
3. Berze, Verbrechen und Vergehen an Geisteskranken im 1. Band der Forensischen Psychiatrie, Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig 1908.
4. Bischoff, Der Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik, 29. B. 2 und 3 H. pag. 160.
5. Binswanger, Hysterie. Wien 1904.
6. Binswanger, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie, Jena, Gustav Fischer.
7. Bleuler, Über die Bedeutung von Assoziationsstudien. Diagnost. Assoz. Studien. 1. Band, Leipzig, Joh. Ambros. Barth 1906.
8. Bolte, Assoziationsversuche als diagnostisches Hilfsmittel, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 64. B. 4. H.
9. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie, Gustav Fischer 1900.
10. cf. 9, pag. 121.
11. Dannemann, Die verschiedenen Arten der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Jurist. psychiatr. Grenzfragen VI. B. H. 7. Halle, Karl Marhold 1908. pag. 31.
12. Ebbinghaussche Ergänzungsmethode, Zeitschrift f. Psych. u. Phys. der Sinne. Bd. 13, pag. 401.
13. Edinger, Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane.
14. cf. 17, pag. 79.
15. cf. 17, pag. 62.
16. cf. 17, pag. 63.
17. Eisler, W. Wundts Philosophie und Psychologie, Leipzig, Joh. Ambrosius Barth 1902. pag. 73.
18. cf. 17, pag. 73.
19. cf. 17, pag. 80.
20. Finckh, Zur Frage der Intelligenzprüfung, Zentralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Neue Folge XXIX. Jahrg., XVII. Band.
21. Fritsch, „Der Geisteskranke als Zeuge“ im 1. Bd. der Forensischen Psychiatrie, Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig 1908.
22 Ganter, Intelligenzprüfung bei Epileptischen und Normalen mit der Witzmethode, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 64. Bd., 6. H.
23. Grabowsky, Psychologische Tatbestandsdiagnostik 1905.
24. Hans Groß, Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik. Arch. für Kriminalanthropologie 1905.
25. Hartmann, Die Neurofibrillenlehre usw., Wilhelm Baumüller, Wien und Leipzig 1905.

26. Karl Heilbronner, Zur klinisch psychologischen Untersuchungstechnik. Monatsschrift f. Psychologie und Neurologie. Bd. 17, H. 2.
27. Henneberg, Zur Methodik der Intelligenzprüfung, Vortrag im psych. Verein zu Berlin, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 64, pag. 400.
28. Hoche, Handbuch der gerichtl. Psychiatrie, Berlin 1901, Aug. Hirschwaldt, pag. 545 ff.
29. Max Isserlin, Psychologische Untersuchungen an Manisch - Depressiven. Monatsschr. f. Psychol. und Neurologie. Bd. XXII. H. 4—6.
30. Jung, Die Freudsche Hysterietheorie, Monatschr. f. Psychol. und Neurologie Bd. XXIII. H. 4.
31. C. G. Jung und Dr. Fr. Riklin, Experimentelle Untersuchung über Assoziationen Gesunder, Diagnost. Assoz. Studien 1. Band, Leipzig 1906. Joh. Ambros. Barth.
32. C. G. Jung, Die psychol. Diagnose des Tatbestandes, Jurist.-psychiatr. Grenzfragen 1906.
33. C. G. Jung, Analyse der Assoziationen eines Epileptikers. Diagnost. Assoz. Studien B. I.
34. Kötscher, Über das Bewußtsein, seine Anomalien etc., Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 5. Bd., pag. 25.
35. Köster, Die Schrift bei Geisteskrankheiten, 1903.
36. Kräpelin, Psychiatrie. 7. Aufl. I. Bd., pag. 135.
37. cf. 36, pag. 212.
38. e. l., pag. 217.
39. e. l., pag. 218.
40. Lehrbuch der Psychiatrie, bearbeitet von Cramer, Hoche, Westphal, Wollenberg, Binswanger, Siemerling; Gustav Fischer, Jena 1904, pag 74.
41. Lewandowsky, Die Funktionen des zentralen Nervensystems, Jena, Gustav Fischer 1907, pag. 111.
42. Liebmann und Edel, Die Sprache der Geisteskranken. 1903.
43. Liepmann, Über Ideenflucht, Halle, Marhold 1904. pag. 81.
44. Liepmann, Kleine Hilfsmittel bei der Untersuchung von Geisteskranken, Deutsche medizin. Wochenschrift 1907, No. 38.
45. Pasta Lombroso-Carrara und Mario Carrara-Turin, „Aus der Vorstellungswelt des niederen Volkes“ im „Morgen“, Wochenschrift für deutsche Kultur No. 13, 1908.
46. Georg Lomer, Kurzgefaßter praktischer Ratgeber für Irrenärzte und solche die es werden wollen. J. F. Bergmann 1908, pag. 23.
47. E. Meyer, „Die Ursachen der Geisteskrankheiten“, Gust. Fischer, Jena 1907
48. Möller, „Über Intelligenzprüfungen, ein Beitrag zur Diagnostik des Schwachsinns“, Dissertation vom 9. August 1897 und Vortrag über eine Methode der Intelligenzprüfung, gehalten in der Berliner Gesellsch. für Psych. und Nervenkrankheiten, Archiv f. Psych. und Nervenkrankheiten, 34. Bd. p. 284.
49. Mohr, Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwendbarkeit, Journal f. Psych. und Neurol. Bd. VIII., 1906.
50. Muthmann, Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. Halle, Marhold 1907.
51. Matthaes-Hubertusburg, Material zu § 1569 des B. G. B. Psych. Wochenschrift 1901/1902, pag. 112.

52. Moeli, Die Tätigkeit des Sachverständigen bei Feststellung des Geisteszustandes im Zivilverfahren, Forensische Psychiatrie, Wilh. Braumüller.
53. Näcke, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher, Halle, 1902.
54. Näcke, Adnexe oder Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher? Psych. neurol. Wochenschrift 1904, pag. 515.
55. Näcke, Über Familienmord durch Geisteskranke. Halle, Karl Marhold 1908, pag. 64.
56. Nißl, Die Neuronenlehre und ihre Anhänger, Jena 1903.
57. Obersteiner, Anleitung zum Studium des Baues der nervösen Zen tralorgane Fr. Deuticke, Wien.
58. Revue de Psychiatrie et de Psychologie Expérimentale, Paris Octave Doin, Mai 1908, No. 5, pag. 216.
59. Rieger, Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung, nebst einem Entwurfe zu einer allgemein anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung 1889.
60. Ernst Rodenwaldt, Aufnahme des geistigen Inventars Gesunder als Maßstab für Defektprüfungen bei Kranken. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie. Bd. 17. 1905.
61. Ernst Rodenwaldt, Zur Methode der Intelligenzprüfung. Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Breslau am 23. 9. 1904. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. 17. Bd., 3. und 4. H.
62. Schlager, Untersuchungen in Fällen fraglicher Zurechnungsfähigkeit. Maschka, Handbuch der gerichtl. Medizin.
63. Ernst Schulze und Karl Rühs, Intelligenzprüfung von Rekruten und älteren Mannschaften. Deutsche mediz. Wochenschrift 1906, No. 31.
64. Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, Urban und Schwarzenberg, Berlin 1899.
Verlag der Schematas: Brühlsche Universitäts-Buch- und Steindruckerei in Gießen.
65. Sommer, Kriminalpsychologie, Leipzig, Joh. Ambros. Barth 1904, pag. 8.
66. e. l. pag. 11.
67. Stransky, Erworbener Blödsinn, Jahrbücher f. Psych. 24. Bd. 1. H. 1903.
68. K. Wehrlin, Über die Assoziationen von Imbecillen und Idioten, Diagnost. Assoz. Studien. Bd. I.
69. Wertheimer, Experimentelle Untersuchung zur Tatbestandsdiagnostik. Dissertation (Würzburg) 1905.
70. Wertheimer und Klein, Psych. Tatbestandsdiagnostik, Archiv f. Kriminalanthropologie. Bd. XV.
71. Wulffen, Psychologie des Verbrechers. Verlegt bei Dr. P. Langenscheidt, Groß-Lichterfelde-Ost 1908. pag. XIV.
72. Wulffen, Psychologie des Verbrechers. 2. Bd., pag. 11 ff.
73. Wundt, Grundzüge der phys. Psychologie. Bd. III, pag. 521.
74. Wundt, Grundzüge usw., pag. 546.
75. Wundt, Grundzüge der phys. Psych. Bd. III, pag. 557.
76. e. l., pag. 564.
77. Wundt, Vorlesungen über die Menschen- und Tierseele, pag. 307
78. cf. 77, pag. 498.
79. Wundt, Grundriß der Psychologie, 4. Aufl., Wilh. Engelmann, Leipzig, p. 204.
80. cf. 79, pag. 324.

81. cf. 79, pag. 325.
82. Ziehen, Leitfaden der phys. Psychologie, Jena, Gustav Fischer, 1893.
83 Ziehen, Psychiatrie, 2. Aufl., pag. 147.
84. Ziehen, Neue Arbeiten zur allg. Pathologie des Intelligenzdefekts in Lubarsch und Ostertags Ergebnissen der allgem. Pathologie und pathologischen Anatomie. 4. Jahrgang 1897.
und Dr. Rudolph Redepenning „Der geistige Besitzstand von sog. Dementen", Monatschr. f. Psych. und Neurol. Bd. XXIII 1908, Ergänzungsheft, p 139.
85. Ziehen, „Schematische Anweisung zur psych. Untersuchung bei geisteskranken Kindern" in: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. 3. H., p. 126, Berlin, Verlag von Reuther und Reichardt 1906.
86. Ziehen, Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin 1908, S. Karger.

Druck von J. B. Hirschfeld, Leipzig.



Fig. 18. Katatonische Hebephrenische
Form der dementia praecox (Katalepsie).

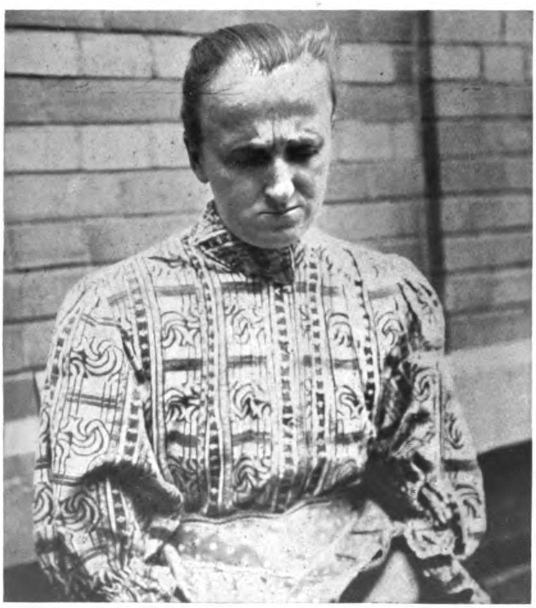


Fig. 19. Katatonie (Spannungszustände der Gesichtsmuskulatur).



Fig. 20. Endzustand einer Hebephrenie mit völliger Verblödung.

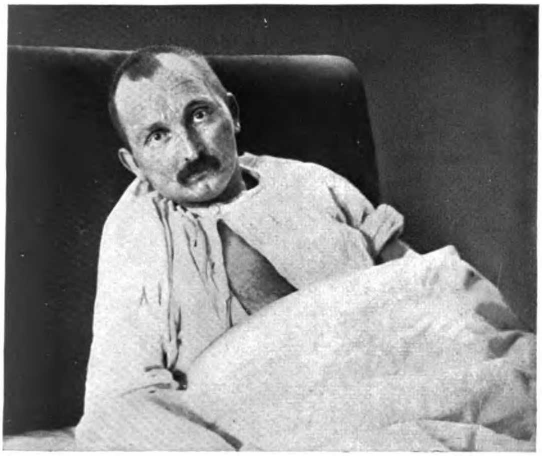


Fig. 21. Progressive Paralyse.
Kraftlose Haltung, ungleiche Innervation des Gesichts, stumpfer Gesichtsausdruck bei desolatem Zustand, tiefgehenden Dekubitalgeschwüren. Tod 2 Tage nach der photographischen Aufnahme.



Fig. 23. Abklingende manische Phase des manisch-depressiven Irrseins.



Fig. 22. Melancholie.



Fig. 24. Manische Phase des manisch-depressiven Irrseins (Lebhafter Bewegungsdrang).



Fig. 25. Idiotie.

Vogel in Leipzig. Druck von Richard Hahn (H. Otto) in Leipzig.